

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

### **COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**Maria Joaquina Abreu Antunes**

**2012**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large, stylized, grey shape that resembles a smile or a wave, with a vertical line extending upwards from the year '2012'.



**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA**  
**TRANSCULTURALIDADE**

**Relatório de Estágio**

**Maria Joaquina Abreu Antunes**

**Orientadora: Prof. M<sup>a</sup> Manuela Soveral**

**Co-orientadora: EESIP M<sup>a</sup> Isabel A Dias**

**2012**

A decorative graphic on the right side of the page, featuring a stylized, flowing shape that resembles a bird in flight or a wave, rendered in a light gray color.



**À memória de minha mãe**

**À Enfermagem pela valorização da dignidade humana**



***"A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao tamanho original."***

***Albert Einstein***



## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho apesar de individual teve o contributo de várias pessoas a quem gostaria de expressar o meu agradecimento e reconhecimento.

Em particular agradeço:

À minha família no apoio incondicional, sobretudo às minhas filhas pela compreensão da ausência de afectos e atenção, nos momentos mais decisivos e importantes das suas vidas.

À Professora Maria Manuela Soveral pela orientação académica, pela sua disponibilidade, pela ajuda nos momentos difíceis e desanimadores deste percurso, muito obrigada.

À equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediatria do Hospital de Santa Maria pela disponibilidade e colaboração para a concretização do trabalho desenvolvido.

Aos Enfermeiros nos diferentes contextos de estágio que me acolheram e permitiram o meu desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão da prática e dos momentos de partilha das suas vivências.

Enfermeira Isabel Dias e Enfermeira Lurdes Mixão, pela disponibilidade e colaboração em todo o processo de aprendizagem.

Ao meu amigo António pela paciência e ajuda esclarecida.

Um agradecimento especial a todas as crianças e famílias com as quais contactei, que enriqueceram este trabalho.



## RESUMO

Na prestação de cuidados, a comunicação ocupa um lugar primordial na relação estabelecida entre enfermeiro/cliente. Neste caso e, quando se trata de pessoas com uma cultura diferente o esforço dos técnicos de saúde é condição essencial para uma adequada prática.

Com a abertura das fronteiras e a consequente globalização, Portugal teve de reunir esforços, no sentido de facilitar a integração das pessoas resultante da flexibilidade dos fluxos migratórios e transculturais, o que permite a coexistência no mesmo espaço de diferentes valores culturais, crenças e estilos de vida, contribuindo consequentemente para o emergir de novos problemas e desafios no âmbito da saúde.

Também no âmbito dos cuidados de enfermagem pediátricos é fundamental o desenvolvimento de competências para um cuidar cultural qualificado. Neste contexto, cuidar engloba não somente a aquisição de conhecimentos sobre diferentes culturas, mas também habilidades de intervir de modo adequado e efectivo, o que exige aos enfermeiros um olhar redobrado nos cuidados oferecidos à população imigrante que necessita de cuidados.

Não obedecendo àquele olhar tão específico, os enfermeiros encontram obstáculos na comunicação com a criança e família na transculturalidade. Assim, também a sua formação deve ser feita no sentido de ajudar aqueles a ultrapassar as suas dificuldades, pelo que, devem no essencial, desenvolver a competência cultural, integrando esta formação nos seus interesses académicos. Agindo deste modo, enfermeiro e cliente, saem ambos a ganhar.

Palavras-chave: comunicação; criança e família; transculturalidade, competência cultural;



## **ABSTRACT**

In providing care, communication plays a primordially the relationship established between nurse / patient. In this case, and when it comes to people with a culture different from the efforts of health professionals is essential for proper circulation.

With the opening of borders and the consequent globalization, Portugal had to join forces in order to facilitate the integration of persons resulting from the flexibility of migration and transcultural. This allows the coexistence in the same space from different cultural values, beliefs and lifestyles, thus helping the emergence of new problems and challenges in health.

Also in the context of nursing care for children is fundamental to develop skills to care for a qualified cultural. In this context, care encompasses not only the acquisition of knowledge about different cultures, but also skills to intervene appropriately and effectively. This requires nurses to look at a redoubled care offered to the immigrant population that needs care.

Not complying with that gaze so specific, the nurses are obstacles in communication with the child and family in transcultural. Thus, their training should also be made in helping those overcome their difficulties, so that should essentially develop cultural competence by incorporating this training in their academic pursuits. Acting this way, nurse and client, both out to win.

Keywords: communication, child and family, transcultural, cultural competency



## SIGLAS

**ACIDI** – Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural  
**CHLN** – Centro Hospitalar Lisboa Norte  
**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
**CNAI** – Centro de Apoio ao Imigrante  
**CNSCA** – Comissão Nacional da Criança e do Adolescente  
**CSL** – Centro de Saúde do Lumiar  
**DGS** – Direcção Geral de Saúde  
**DR** – Diário da República  
**EESCJ** – Enfermeira Especialista de Saúde da Criança e do Jovem  
**HSM** – Hospital Santa Maria  
**OE** - Ordem dos Enfermeiros  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PALOP’S** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
**PNS** – Plano Nacional de Saúde  
**PNV** - Plano Nacional de Vacinação  
**RN** – Recém-Nascido  
**SNS**- Serviço Nacional de Saúde  
**SOPED** – Serviço de Observação Pediátrica  
**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica  
**UCIN** – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais  
**UCIPED** – Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria

## ÍNDICE DE FIGURAS

**FIGURA 1** – Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural..... 12



## ÍNDICE

<b>1 – INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2 – JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b>	<b>5</b>
<b>3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	<b>8</b>
<b>3.1 - Comunicação e Relação de Ajuda</b>	<b>8</b>
<b>3.2 - Cultura</b>	<b>10</b>
<b>3.3 - Teoria Humanista /Enfermagem transcultural</b>	<b>11</b>
<b>3.4 - Competência Cultural</b>	<b>13</b>
<b>3.5 - Cuidados Centrados na Família</b>	<b>15</b>
<b>4 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	<b>17</b>
<b>4.1 - O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem</b>	<b>17</b>
<b>4.2 - Análise Reflexiva do Processo de Aquisição de Competências</b>	<b>19</b>
<b>5 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b>	<b>37</b>
<b>6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>41</b>
<b>7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>
<b>Anexo I - Caracterização dos Contextos de Estágios</b>	
<b>Anexo II - Diário de Aprendizagem</b>	
<b>Anexo III - Questões colocadas à família de outra referência cultural</b>	
<b>Anexo IV - Autorização de aplicação do Questionário</b>	
<b>Anexo V - Questionário Aplicado aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos</b>	
<b>Anexo VI - Análise do conteúdo dos questionários</b>	
<b>Anexo VII - Plano de Formação de Pares no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria</b>	
<b>Anexo VIII - Formação de Pares no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria</b>	
<b>Anexo IX - Questionários de Avaliação da Formação</b>	

- Anexo X - Resultados da Avaliação Formativa realizada no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria**
- Anexo XI - Plano de Formação de Pares no Centro de Saúde do Lumiar**
- Anexo XII - Formação de Pares no Centro de Saúde**
- Anexo XIII - Resultados da Avaliação Formativa realizada no Centro de Saúde**
- Anexo XIV - Poster Integrando a Teoria de Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural desenvolvida por Leininger, na missão do ACIDI e nos objectivos do Gabinete de Saúde do CNAI**
- Anexo XV - Poster sobre a Comunicação Não-Verbal integrando a Dimensão Cultural**
- Anexo XVI - Folheto Informativo como ferramenta de apoio ao Enfermeiro para ultrapassar a barreira linguística**
- Anexo XVII - Guia Orientador de Estágio adaptado aos diferentes contextos clínicos**
- Anexo XVIII - Cronograma**

# 1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende dar a conhecer o culminar do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (E.S.E.L). Visa descrever a forma como o projecto construído na Unidade Curricular - Opção II, foi implementado e analisar de forma reflexiva a sua actuação na Unidade Curricular - Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem. Pretende expor o percurso de formação ao longo da referida unidade Curricular, efectuado nas diversas unidades de saúde, assim como as competências adquiridas e desenvolvidas.

Neste relatório é descrita a formação adquirida ao longo da referida unidade Curricular, efectuada nas diversas unidades de saúde. As competências adquiridas permitiram prestar cuidados de enfermagem especializada, interdependentes e autónomos à criança, ao jovem e família, em situações de saúde e/ou doença e nos diversos contextos, como no domicílio, na comunidade, nas situações de urgência e emergência e em contexto de hospitalização.

As competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da criança e do jovem englobam essencialmente, a abordagem, a terapêutica, a relação interpessoal ajustada à singularidade da criança, jovem e família, concomitantemente, adoptando uma postura de reflexão, sustentada na evidência científica, que facilite o desenvolvimento de competências geradoras de boas práticas de conhecimento (OE, 2009). Tem como propósito a prestação de cuidados, que dê resposta às necessidades da família interveniente no processo terapêutico.

Com a abertura das fronteiras e a conseqüente globalização, Portugal teve de reunir esforços, no sentido de resolução da problemática - interculturalidade /multiculturalidade/ transculturalidade. Quando analisamos as mais variadas culturas, confirmam-se essencialmente as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, afectados pela barreira linguística, deixando os imigrantes em situação de grande vulnerabilidade (LOPES *et al*, 2009). Esta problemática pode significar a limitação e a não concretização de projectos de vida dos quais todas as pessoas devem ser detentoras num contexto ontológico de realização e concretização de projectos. Em cada projecto pessoal, a saúde

e a sua conseqüente promoção devem ser um imperativo para a pessoa que se pretende construir e reconstruir no país por si eleito.

Por todos os factores mencionados e, a constatação na prática de cuidados, da dificuldade em comunicar com a criança, o jovem e família de diferentes culturas, surgiu a necessidade na abordagem do tema “O Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade.” A comunicação segundo RAMOS (2008, p.105), “é um processo *bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feedback recíproco, que se produz num contexto físico, (...) influenciando o comportamento.*” Deste modo, os cuidados de saúde constituem uma ferramenta de suporte, que complementa o trabalho personalizado desenvolvido por cada enfermeiro. Para além de que, no cuidar, a comunicação e a relação, operacionalizam-se de diversas formas, que envolvem o processo terapêutico (PATRONILHO, 2008). É inegável que os valores, crenças e práticas, encontram-se interligados ao contexto sociocultural dos indivíduos, implicando um desafio para prática dos cuidados de enfermagem. Neste contexto, a reflexão sobre as nossas práticas de cuidados e a sua harmonia sob a perspectiva cultural, conduzem a uma necessidade na aquisição de competência do cuidar na dimensão cultural.

Este trabalho teve na sua génese, a promoção e adaptação aos processos de saúde/doença com obtenção de ganhos em saúde e na aquisição de competências sobre o comunicar com a criança e família na transculturalidade. Assim, optei por fundamentar este trabalho numa Filosofia dos Cuidados centrados na família e numa ética de responsabilidade, - Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger.

Na especialização de saúde da criança e do jovem, o foco de intervenção no ciclo vital recai sobre o recém-nascido, criança, jovem e família a vivenciar processos de saúde e/ou doença, pelo que, a componente prática incidiu em quatro áreas de actuação. O estágio teve início na unidade de cuidados diferenciados: o Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, seguindo-se a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Serviço de Urgência no Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro; posteriormente o Gabinete de Saúde do Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI), conjuntamente com o estágio no Centro de Saúde do Lumiar (CSL), constituíram o estágio na comunidade, o último estágio foi realizado em contexto de trabalho e, concretizou-se no Serviço de Urgência Pediátrica/ Unidade.

A escolha das instituições de saúde foi ajustada aos objectivos pessoais e profissionais. Assim, a opção do Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro e Centro de Saúde do Lumiar (CSL), atenderam ao facto de serem unidades de saúde, que abrangem uma população com predomínio de diferentes grupos culturais. A opção do Serviço de Internamento de Cardiologia do Hospital de Santa Marta, justifica-se pelo facto de se tratar de uma unidade de referência nacional e internacional, focalizada nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Quanto à escolha pelo Gabinete de Saúde do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural em Lisboa, teve como premissa, a observação e apreensão do trabalho desenvolvido no contexto dos cuidados de saúde prestados ao imigrante. Importa realçar outro critério transversal a todas as opções: a existência da articulação de cuidados das diferentes unidades de saúde com o Serviço de Urgência Pediátrica/ Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria (HSM).

As actividades desenvolvidas tiveram como fundamento, o preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011). E das competências mencionadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011, p. 1) que detém, a sua intervenção *“na fase crucial do ciclo vital a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade.”* O enfermeiro especialista consciente, que deve prestar cuidados numa dimensão holística deverá mobilizar os seus saberes e competências, no sentido de utilizar estratégias para uma efectiva comunicação com a criança e família na transculturalidade.

É nesta perspectiva que este relatório tem como objectivos gerais:

- Desenvolver competências aos vários níveis: humano, técnico e científico, na assistência avançada à criança e família na transculturalidade.
- Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados culturalmente competentes, concretamente sobre a comunicação.

Objectivos específicos:

- Desenvolver habilidades ao nível da comunicação na prestação de cuidados à criança e família de diferentes culturas em situação de saúde e doença;

- Conhecer as principais dificuldades sentidas pela enfermagem na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas.
- Identificar necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura.
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação eficaz com o cliente e família de diferentes culturas.

A metodologia utilizada neste relatório é descritiva e reflexiva baseada num diário de aprendizagem das experiências vivenciadas, sob o ponto de vista teórico na pesquisa e análise bibliográfica, e ainda, nas equipas de enfermagem e clientes/famílias nos diferentes contextos de estágio, não ignorando as linhas de orientação dadas pela Professora Orientadora, Enfermeira Co-orientadora e a partilha entre os colegas do serviço e do curso de especialização.

No sentido de permitir uma leitura sequencial e dirigida, este relatório foi estruturado em quatro capítulos. Após a introdução surge a justificação do tema, relacionando-a com as competências de enfermeiro especialista. No segundo capítulo é descrito o enquadramento conceptual, que orientou o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional. No terceiro capítulo é descrito o percurso de aquisição de desenvolvimento de competências, onde se expõe a finalidade, objectivos, actividades e análise crítica das mesmas, tendo em conta a aquisição de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Por último as considerações finais sobre o percurso realizado, sintetizando aspectos fundamentais referidos ao longo do relatório, as limitações, e algumas perspectivas para o mais adequado desempenho profissional.

## 2 – JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O Relatório dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (2010) menciona que, a população estrangeira residente em Portugal totalizava em Dezembro do referido ano 445.262 cidadãos. A integração das pessoas é uma das prioridades dos países europeus envolvidos nesta situação, resultante da flexibilidade dos fluxos migratórios e transculturais. À luz do que acontece com outros países, Portugal não é excepção perante o exposto anteriormente. A coexistência no mesmo espaço de diferentes valores culturais, crenças e estilos de vida, gera conseqüentemente o emergir de novos problemas e desafios no âmbito da saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Estes são frequentemente os primeiros mediadores entre quem procura e os próprios cuidados de saúde. Também no âmbito dos cuidados de enfermagem pediátricos é fundamental o desenvolvimento de competências para um cuidar cultural qualificado. Neste contexto cuidar engloba a habilidade de intervir de modo adequado e efectivo, mas também a aquisição de conhecimentos sobre diferentes culturas.

A definição da área problemática surgiu de uma necessidade sentida na prática. Perante essa necessidade e para melhor compreensão foi aplicado um questionário aos enfermeiros do serviço, cujos resultados demonstraram dificuldade na interacção com clientes / famílias de diferentes culturas, sobretudo pela barreira linguística. Por base está a falta de informação, no que concerne a interculturalidade/multiculturalidade/ transculturalidade.

Citando LOPES *et al* (2009, p.105) *“a diversidade e a riqueza cultural inerentes à presença desses milhares de cidadãos estrangeiros, acarreta consigo a necessidade de uma maior e melhor capacitação dos técnicos para lidarem com a diferença”*. Esta implica que os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros antecipem o conhecimento de hábitos e cultura, por conseguinte, uma maior sensibilização e personalização nos cuidados a prestar.

Na enfermagem transcultural está subjacente, que o cuidar deve ser dotado de sensibilidade cultural. Neste sentido, a transculturalidade vai buscar os princípios convergentes entre todas as culturas, para que uma visão, um diálogo transcultural e transreligioso possam emergir, ou seja, permitir encontrar o “mundo comum”, passando por vezes pela transcendência, como refere LOPES *et al* (2009).

O cuidar em enfermagem transcultural expressa-se conjuntamente por padrões universais e locais nos diferentes contextos culturais. Segundo LEININGER (1993) *“culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneira diferente, apesar de haver pontos em comum no cuidado de todas as culturas do mundo.”* Sustentando ainda que cuidar pode ter representações diferentes, mas é universal na sua dimensão. Daqui emergem novas e maiores competências para os prestadores de cuidados – a competência cultural.

O Serviço de Urgência Pediátrica do HSM, local de trabalho onde exerço funções, constitui a “porta de entrada” das crianças e famílias das diferentes nacionalidades, entre as quais as oriundas dos PALOP, através dos protocolos de Cooperação Internacional existentes a nível dos cuidados de saúde, além das crianças a residirem em Portugal na ilegalidade, com más condições socioeconómicas, sem vigilância de saúde e com poucos recursos na doença (MACHADO *et al*,2007). Também os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) dizem existir um aumento de nascimentos ocorridos de mães estrangeiras entre 2005 e 2010 (de 8.3% para 10,6%).

Da população atrás descrita que recorre ao HSM, ainda é de mencionar a área de influência do Serviço de Urgência Pediátrica do referido Hospital, que é caracterizada por uma diversidade cultural e, nos transporta para uma prestação de cuidados adequada à mesma, implicando uma responsabilidade ética e profissional. Neste contexto, o enfermeiro é responsável em conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido e deve cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (artigos 80º e 81º do CÓDIGO DEONTOLÓGICO do ENFERMEIRO, 2005).

Face ao exposto anteriormente, é necessário intervir. A intervenção tem início no primeiro contacto com o cliente e família (sala de triagem), em que a comunicação se torna a ferramenta elementar para o estabelecimento de uma relação interpessoal e, o meio pela qual as pessoas podem influenciar o comportamento das outras. Este comportamento pode ser verbal ou não verbal, podendo interferir no modo de agir dos intervenientes. Assim sendo, a comunicação é definida segundo PHANEUF (2005, p.23), *como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”*. Deste modo, a comunicação adquire particular relevo na prestação dos cuidados, pois cuidar o outro na sua singularidade é ser

co-participante na realização do seu projecto de vida. Por isso, a relação enfermeiro-cliente deve ser uma relação de promoção, confiança, conforto e abertura.

Também a CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA (2002) declara, que a criança e família têm o direito de serem informados, de acordo com a sua idade e compreensão, sobre a doença e os tratamentos a fim de poderem participar nas decisões, quer na participação activa nos cuidados, quer sobre as rotinas do serviço. Os enfermeiros devem ter formação adequada e estar organizados, para dar resposta de modo eficaz às necessidades da criança e família. À semelhança do descrito, os enfermeiros devem adquirir competências na dimensão do cuidar transcultural ao longo do ciclo de vida (OE, 2005).

O Governo Português no seguimento das recomendações da DECLARAÇÃO DE AMESTERDÃO (Rede Europeia - Hospitais Amigos dos Migrantes) aprovou o plano de integração dos imigrantes, no sentido de desenvolvimento de acções de formação contínua junto dos profissionais de saúde, com o objectivo da criação de competências interculturais e linguísticas para a melhoria da saúde de populações imigrantes e de minorias étnicas (DR, nº 85/2007). Perante este plano, é fundamental que o enfermeiro desenvolva a competência cultural: esta vai para além de prestar atenção unicamente às diferenças culturais, dotando o sistema de saúde de potencialidades para o desenvolvimento e a promoção da saúde e bem-estar, integrando a cultura visada na prestação de cuidados, em que os enfermeiros devem assumir a dimensão do cuidado culturalmente competente, através da abertura à mudança e à formação (PHANEUF, 2005).

### 3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O cuidar existe desde os primórdios da humanidade, uma vez que é imprescindível para sustentar e manter a vida do Ser Humano; sendo esta “manutenção da vida” que deu origem à profissão de enfermagem (COLLIÈRE, 1999). Na actualidade a Enfermagem é entendida com uma ciência e uma arte, em que a arte do cuidar está intrínseca aos cuidados técnicos, científicos e humanos alicerçados numa relação interpessoal, sabendo-se que para se estabelecer essa relação é inevitável comunicar.

#### 3.1 - Comunicação e relação de Ajuda

A comunicação constitui um elemento integrador da prática em enfermagem, quer sob o ponto de vista do receptor, quer sob do emissor. Neste sentido, espera-se que o enfermeiro na sua actividade profissional desenvolva a competência comunicacional para estabelecer uma relação interpessoal eficaz.

No acto de transmissão, a mensagem deve estar integrada numa matriz cultural; assim, para que a mensagem seja eficaz ela deve penetrar na esfera do receptor, nos seus valores, quadros de referência e padrões, de forma a compreender a mensagem no seu sentido original (RILEY, 2004).

É essencial que os enfermeiros aprofundem conhecimentos sobre os princípios da comunicação, como norteadores da sua prática. É através de uma comunicação eficaz que o enfermeiro interage com o cliente pediátrico, o que vai permitir compreendê-lo de modo holístico, o seu modo de sentir, agir, pensar e identificar os seus problemas. Assim, comunicar é estar em sintonia com outros e consigo próprio. Reforçando estes pressupostos OLIVEIRA & GRAVETO (2004, p.35) referem que *“o saber comunicar bem e adequadamente é, de facto, uma arte que, como elemento de competência, está presente nas mais variadas situações e contextos – está-se permanentemente a comunicar.”* Particularmente em contexto de cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde, segundo HOCKENBERRY *et al* (2006, p.103), *“necessitam de adaptar algumas técnicas consoante o estágio de desenvolvimento da linguagem e comunicação da criança.”* o que vai permitir compreendê-la de modo a ajudá-la na maior fragilidade e/ou autonomia. Reforçando este entendimento, ELLIS, GATES e

KENWORTHY (1995) referem que *“às enfermeiras pediátricas, são exigidas competências de observação que quando combinado com o conhecimento profissional, vai permitir a interpretação do comportamento, da expressão corporal e dos sintomas (...).”* Os mesmos autores mencionam que a comunicação não-verbal tem uma significativa importância, quando a criança *“não consegue exprimir por palavras as suas necessidades e sentimentos.”* (ibidem, p.103).

Assim sendo, a linguagem corporal é uma forma de comunicação e é culturalmente perceptível (LEININGER, 2002). São inúmeros os factores que podem condicionar a comunicação que, por vezes, se tornam obstáculos entre o enfermeiro e o cliente/ família. Estes obstáculos podem passar por diferenças culturais, tais como: a linguagem falada, linguagem corporal, os preconceitos, os valores, a religião, a diferença na expressão da dor. A barreira linguística, suscita problemas não só aos imigrantes, como também aos enfermeiros, concretamente em meio hospitalar, que possui uma cultura muito própria. Dentro deste contexto e segundo LEININGER (2002), a comunicação transcultural é fundamental na avaliação e prestação de cuidados. Numa comunicação ineficaz corre-se o risco de haver um défice na avaliação dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro deve procurar mobilizar estratégias de intervenção para estabelecer uma comunicação eficaz com o cliente. Citando RAMOS (2004, p.111), *“em contexto de saúde a instauração de um clima de confiança e de compreensão entre o utente/doente e os profissionais passa por gestos, atitudes e palavras acessíveis e simples, pelo diálogo e pela comunicação com o outro, exigindo o conhecimento da cultura e o respeito pela diversidade, mas também por atenção, sensibilidade, disponibilidade e empatia, em relação ao indivíduo e às situações, na sua singularidade e especificidade.”* E, deste modo desenvolver condições para um atendimento com qualidade. Contudo, a qualidade no atendimento em contexto de saúde envolve também o nível de aceitação dos cuidados prestados, o tempo de espera no atendimento, a conformidade entre o diagnóstico e o processo terapêutico, a relação e a comunicação que se estabelece com os profissionais (RILEY, 2004).

No acto de cuidar, o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica, oferecendo cuidados singularizados e personalizados. Cada pessoa tem as suas necessidades muito particulares, inseridas nas suas crenças e valores culturais (PATRONILHO, 2008). A relação de ajuda é o resultado de uma comunicação assertiva, responsável entre o cliente/família e o enfermeiro, o que pode reverter numa aprendizagem mútua,

nomeadamente quando o enfermeiro possui escassos conhecimentos da cultura do cliente. Promover a capacidade de comunicar na relação de ajuda, auxilia o enfermeiro e o cliente a encontrar o sentido dessa relação; isto é, ir ao encontro do outro, que necessita de ser cuidado (RILEY, 2004).

Em síntese, a comunicação em saúde implica a capacitação dos enfermeiros em processos e estratégias comunicacionais com o pressuposto de informar e “influenciar” comportamentos e as decisões dos indivíduos, no sentido da promoção da saúde e do bem-estar e prevenção das situações de doença, de risco e vulnerabilidade (RAMOS, 2004). Essas estratégias passam essencialmente, pelo estabelecimento de uma relação terapêutica/relação de ajuda com o propósito de manter um elevado nível de qualidade dos cuidados prestados à criança e família. Neste sentido torna-se prioritário, o enfermeiro compreender e detectar de forma correcta sentimentos, relação pais – filhos e a condição íntima do outro, o que pode ocorrer através de acções como: comportamentos, linguagem corporal, sentimentos, intuição (WATSON,2002).

### **3.2 – Cultura**

A CIPE (2011) define cultura como “estrutura psicossocial: crenças, valores, tradições e normas de comportamento de um grupo.” Porém, para PURNELL & PAULANKA, a cultura é definida como:

*“a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população, que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão. A saúde e as crenças e valores relativamente aos cuidados de saúde estão incluídos nesta definição.” (2010, p. 6).*

Nesta perspectiva, compete ao enfermeiro apreender técnicas culturalmente objectivas para se centralizar nas características da criança e família, através do conhecimento sobre os padrões culturais específicos da sua cultura e, desta forma, compreender como os mesmos contribuem para uma comunicação transcultural. O enfermeiro culturalmente competente é capaz de avaliar, aprender e partilhar a cultura de outras pessoas (HOCKENBERRY, *et al*, 2006). Os enfermeiros, ao terem conhecimentos sobre os costumes e crenças de diferentes culturas, encontram-se mais habilitados nas respostas a oferecer à família fragilizada e, muitas vezes, perdida.

### 3.3 – Teoria Humanista /Enfermagem transcultural

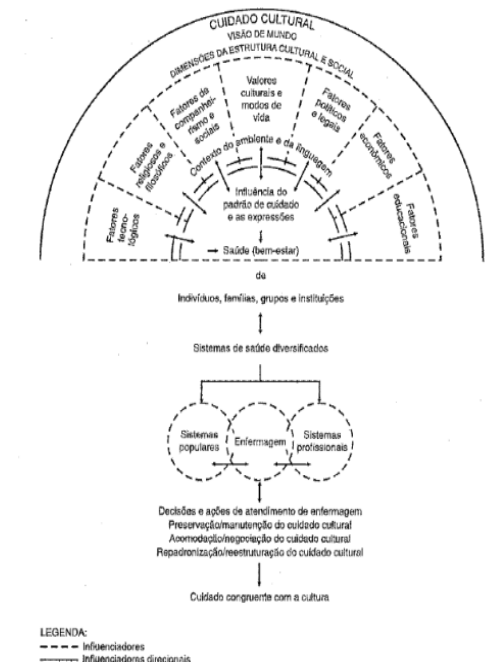
Enquanto enfermeira nos anos 50 a trabalhar num lar de orientação de crianças, Leininger, descobriu que, os enfermeiros necessitavam de compreender os factores culturais para uma assistência de enfermagem adequada a essas crianças (TOMEY& ALLIGOOD, 2004). Leininger destaca a importância da cultura nas respostas humanas dos indivíduos, no que concerne à saúde e doença e ainda, nos processos de assistência para um cuidar profissional.

LEININGER (1995) definiu a enfermagem como a disciplina de cuidados transculturais humanísticos, que tem como finalidade servir o Ser Humano. O paradigma qualitativo concede novas formas de saber e diferentes instrumentos de desvendar as dimensões do cuidado humano transcultural, o que constitui um contributo da enfermagem à sociedade com significados científicos, humanísticos e históricos numa perspectiva sociocultural, política e biofísica.

A mesma autora foi a primeira teórica a dar ênfase à cultura, na medida em que aquela influencia a relação entre o enfermeiro e o cliente. Na formulação da sua Teoria da Enfermagem Transcultural a autora teve como propósito o explicar e o descobrir a diversidade dos factores culturais do cuidar, que podem influenciar o bem-estar, a saúde, a doença e morte dos indivíduos e grupos, tendo como finalidade a prestação de cuidados culturalmente proporcionados e ajustados ao modo de vida do cliente. Nesta medida, o enfermeiro capacitado na vertente cultural tem o conhecimento da cultura, dos valores, princípios e crenças, focando a relação entre a pessoa e o meio, tendo em conta às particularidades culturais, pressupondo o conhecimento do cuidado genérico, para além do profissional (LEININGER, 2002).

Para melhor apreender a teoria humanista nas diversas circunstâncias do cuidado transcultural, justifica-se entender o *Sunrise Model*, o modelo criado por Leininger, que simboliza o nascer do Sol (cuidar), onde realça que o indivíduo é inseparável dos seus antecedentes culturais, da sua história, da estrutura social e ambiental e da sua visão do mundo.

**FIGURA 1 – Modelo Sunrise da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural**



FONTE: Tomey & Alligood, 2004,p.577- Modelo Sunrise de Leininger

Interpretando o modelo atrás descrito, a autora ajuda a entender e a explicar os conceitos: pessoa, saúde, enfermagem e ambiente. Assim, os cuidados de enfermagem estão relacionados com os “sistemas populares” e os “sistemas técnico profissionais”, sendo que as decisões deste tipo de cuidar se baseiam em três premissas:

- Preservação e manutenção do cuidar cultural - respeita às ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras, que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte;
- Acomodação ou negociação do cuidar cultural – diz respeito às ações e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais;
- Repadronização ou reestruturação do cuidar cultural – refere-se às ações e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, deferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou a mais saudável do que antes de as mudanças terem sido co-estabelecidas com os clientes” (TOMEY & ALLIGOOD 2004, p. 572).

Porém, na dimensão cultural e social (contexto ambiental e linguístico), que influencia sistematicamente a presença do indivíduo no ambiente, na metade superior do círculo, aquele modelo valoriza a cultura do humano nas suas diversas dimensões: económica, educacional, política, legal, valores e estilos de vida culturais, parentesco e sociais, religiosos, tecnológicos e filosóficos (TOMEY & ALLIGOOD, 2004). Como resultado das acções de cuidar a nível *êmico* e *ético*. Na primeira fase, o enfermeiro conhece a cultura do cliente e as suas formas de cuidar – cuidado *êmico* (particular de cada cultura). Numa segunda fase, passa a um partilhar entre o cuidado *êmico* e o cuidado *ético* (profissional), para posterior planeamento de um cuidado culturalmente sustentado.

As dimensões biológicas e emocionais surgem no núcleo central do sol, que representa a importância dessas dimensões não só para a teoria, mas para a vida do homem em geral. A saúde vem representada de modo holístico, que significa o bem-estar culturalmente praticado.

Relativamente ao conceito de pessoa, o enfermeiro deve ter presente a noção do macrossistema sociopolítico e económico, onde a pessoa se encontra inserida e que pode afectar a saúde. Neste sentido, a leitura do Modelo de Sunrise ajuda a clarificar a influência das crenças e práticas da cultura do cliente, assim como as suas necessidades e, por conseguinte, o enfermeiro encontra-se capacitado para colaborar nas acções de cuidado. É nesta perspectiva que os cuidados de enfermagem devem ser orientados para a interpretação e entendimento dos significados culturais, subjacentes a uma interacção dinâmica de comunicação e negociação.

Para MELEIS (2000) a enfermagem transcultural não deve ser compreendida como uma subdisciplina em enfermagem, mas como uma área transversal do conhecimento em enfermagem, passível de ser mobilizada com a formulação de diagnósticos e, consequentemente a escolha de intervenções com respostas humanas e de acordo com estado de saúde do cliente.

### **3.4- Competência Cultural**

O CÓDIGO DEONTOLÓGICO (2005, p. 89) no seu artigo 81<sup>a</sup> alínea e), indica que o enfermeiro possui a responsabilidade de, *“abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida.”* No desenvolvimento das suas

competências relacionais, o enfermeiro utiliza a comunicação como instrumento fundamental na prestação de cuidados, encetando para tal o reconhecer as diferenças, quer em relação às crenças, expectativas ou atribuições, quer no modo de verbalizar o sofrimento. Neste âmbito, é de incluir as estratégias de intervenção de enfermagem, que envolvam o projecto de vida daquela família (OE, 2005). É neste contexto, que se torna fundamental os enfermeiros desenvolverem a competência cultural.

Para LEININGER (1998) os cuidados culturalmente competentes são uma forma de prestação de cuidados sensíveis, expressivos, baseados e ajustados à cultura, de acordo com o modo de vida do indivíduo e/ou dos grupos, tendo como propósito o seu bem-estar e saúde ou ainda no auxílio, para enfrentar a doença, incapacidade ou morte.

A competência cultural segundo PURNELL & PAULANKA (2010, p.11), *“não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes”*. Para a mesma autora são vários os pressupostos, que podem ser adaptados às Instituições ligadas a saúde infantil e pediátrica em que:

*“a organização tem de ter uma declaração de missão e políticas que abordem a diversidade; as escalas da dor estão traduzidas em diversas línguas utilizadas pela população que serve; são disponibilizados brinquedos culturalmente apropriados (...), o pessoal é treinado em interpretação linguística; o pessoal obtém certificação em cultura a vários níveis; são disponibilizados recursos para traduzir matérias de informação em saúde e instruções à quando da alta nas línguas de origem das populações; as áreas de espera têm literatura nas línguas da população.”* (2010, p.12)

Os pressupostos atrás mencionados podem auxiliar o enfermeiro a dar resposta mais efectiva ou a intervir perante uma situação desconhecida para si, prevenindo o choque cultural. Para LEININGER (1995), o choque cultural é determinado como a existência de sentimentos de desamparo, desânimo e desorientação, vivida por quem tenta compreender ou realmente adaptar-se a um grupo diferente culturalmente. Perante estas vivências negativas, os enfermeiros são motivados a desenvolver a sensibilidade cultural, de forma a pôr em prática o cuidado cultural competente.

O autoconhecimento no universo da competência cultural é segundo PURNELL & PAULANKA (2010, p. 6), um *“processo cognitivo e emocional deliberado e consciente de nos conhecermos a nós próprios: a nossa personalidade, os nossos valores, as nossas crenças, (...), a nossa ética e o impacto destes factores nos diversos papéis que*

*desempenhamos quando interagirmos com indivíduos diferentes (...).*” É, por conseguinte um marco significativo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

### **3.5 - Cuidados Centrados na Família**

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. A família é definida segundo HOCKENBERRY (2006, p. 31), *“como um grupo de pessoas, vivendo juntas ou em contacto íntimo, que cuidam uns dos outros e propiciam orientação para os seus membros dependentes.”* Na linguagem CIPE (2011) a família é a *“unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas, através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes.”* Von Bertalanffy desenvolveu a Teoria Geral dos Sistemas, que possibilitou a observação da família como uma unidade, sistémica em interacção contínua, entre os vários membros continuamente e o meio ambiente. Cada membro da família é um subsistema, assim como um sistema (HOCKENBERRY *et al*, 2006).

Desde o início da profissão de enfermagem que a família esteve presente nos cuidados prestados no domicílio: Florence Nightingale, já enfatizava a vantagem da família e do meio ambiente domiciliário no cuidado ao cliente (PINTO *et al*, 2009). A concepção do cuidado centrado na família emergiu do entendimento de que a família é a unidade básica no cuidado aos seus membros. Assim sendo, a filosofia dos cuidados centrados na família, segundo HANSON (2005, p. 262), implica *“(...) uma abordagem de sistema amplo para cuidados de saúde infantis, baseados na ideia de que as famílias são a principal fonte de força e apoio das crianças.”* Desde modo, a abordagem centrada na família, em contexto da enfermagem pediátrica é sustentada, na convicção de que a família é uma constante na vida da criança, onde o seu papel é respeitado e a sua importância para o bem-estar presente e futuro da criança é reconhecido (SHIELDS, PRATT & HUNTER, 2006).

Para CASEY (1995) que desenvolveu a parceria de cuidados, advogando a sua utilização prática na enfermagem pediátrica, cujo objectivo é preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor, uma vez que são os pais os elementos fundamentais no suporte emocional e psicológico. É de reforçar que os pais não são visitas, nem técnicos, mas sim parceiros no cuidar (MANO, 2002).

CASEY (1995) acredita que os cuidados são fundamentados em dois pressupostos: na criança internada e na família. A mesma autora defende que é relevante numa primeira fase os enfermeiros desenvolverem capacidades, que possibilitem trabalhar em parceria com a família. Deste modo, o papel do enfermeiro é o de supervisão, intervindo, se os cuidados forem especializados. Porém são necessárias estratégias de apoio com a finalidade de envolver os pais nos cuidados, nas quais se dá o desenvolvimento da relação de ajuda na tríade, - criança - pais - enfermeiro. A relação de ajuda entre pais e enfermeiros deverá ser sustentada nos conhecimentos e experiência vivenciada pelos pais, identificando modos de actuação e suporte com a intenção de diminuir o “*stress*” sentido pelos mesmos, perante uma situação de hospitalização (JORGE, 2004). Para tal é fundamental a capacitação e o *empowerment* da família, através da partilha de conhecimentos, das habilidades e dos recursos existentes, constituindo os princípios básicos dos cuidados centrados na família e, por conseguinte, a possibilidade de desenvolvimento com o propósito do controlo das suas vidas e produção de mudanças positivas.

Sabendo que o cuidado centrado na família está associado ao envolvimento dos pais, e para que haja uma parceria é fundamental a negociação, que constitui a chave do sucesso (SCHIELDS *et al*, 2006). Na enfermagem pediátrica a negociação está implícita na interacção entre o enfermeiro, criança e família, no sentido de partilha da informação e de cuidados, assim como na tomada de decisão. O sucesso da negociação vai depender do factor chave que é a comunicação. Esta deve ser clara, objectiva, eficiente entre o enfermeiro e os pais. Também contribui para este sucesso: a atitude de não julgamento da família, o respeito pelo conhecimento parental, na valorização do papel que cumprem junto da criança, a redução da ansiedade, e evidentemente favorecer a prestação de cuidados (MANO, 2002).

## **4 – DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A profissão de enfermagem determina a utilização de conhecimentos adquiridos na formação de base, sabendo-se que devem ser renovados através de formação contínua. A enfermagem é ciência e a arte do cuidar que, segundo HESBEEN (2000) é a conjugação do conhecimento, da destreza, do saber ser, da intuição que permite ajudar alguém na sua singularidade. Esta tese confirma a necessidade de formação científica e humana cada vez mais aprofundada dos técnicos de saúde.

### **4.1- O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

O enfermeiro especialista de saúde da criança e do jovem (EESCJ) constitui um elemento essencial na equipa de saúde, quando o alvo de intervenção é centrado na criança e família, observando sempre este binómio como o beneficiário dos seus cuidados. O seu espaço de intervenção situa-se em torno *“de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade (...)”* (RCEEESCJ, 2011, p. 8653).

No Regulamento das Competências Comuns o enfermeiro especialista (EE) está definido como, *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, (...) e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”* (RCEE, 2011, p.8648). E deste modo, ser competente significa ser uma pessoa capaz, reflexiva e autónoma no seu agir. Ora, as competências correspondem a um conjunto de habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio – afectivas que facultam o exercício de uma actividade ou função. A competência também é um saber – agir, com responsabilidade e validado pela “visão” do exterior, através da avaliação (PHANEUF, 2005).

O preconizado no Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um instrumento essencial de gestão, que tem orientações estratégicas com o propósito de sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde, o que permite um cunho integrador, facilitador na coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector da saúde

(DGS, 2004). Neste âmbito, o referido plano apresenta orientações estratégicas sob três perspectivas: *“centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar (...)”* DGS (2004, p. 63). O PNS (2004-2010) no âmbito da saúde da criança e do jovem aponta como metas, o “Nascer com Saúde” e “Crescer em Segurança”. As principais estratégias do plano visam a prioridade aos mais desfavorecidos em situações de exclusão social resultante da maior mobilidade das populações e de um número crescente de imigrantes. A sua inclusão no sistema de saúde implica o envolvimento dos mesmos numa prestação de cuidados continuada, com o objectivo de obter ganhos em saúde e uma monitorização adequada dos problemas pediátricos, integrando, também a saúde ambiental que compreende segundo a DGS (2004, p. 66), *“os aspectos da saúde humana (...) que são determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do ambiente. Também inclui a avaliação, a correcção, a redução e a prevenção dos factores no ambiente que, potencialmente, podem afectar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras.”* Isto culmina numa maior e mais adequada inclusão da pessoa /família. É na inovação e reorientação dos cuidados que, segundo a minha perspectiva, a prática do EE tem de estar subjacente, com vista a melhoria da qualidade dos cuidados, incorporando uma abordagem centrada na família.

Perante o que fica dito, as intervenções de enfermagem devem ser estabelecidas de modo a detectar potenciais problemas, prevenindo riscos, resolvendo e minimizando os problemas identificados. Para estabelecer essas intervenções, o enfermeiro deve basear-se num quadro conceptual como guia da sua prática reflexiva. O modelo conceptual em enfermagem representa a estruturação da realidade de uma disciplina, uma abstracção e uma concepção, uma forma de entender e de estruturar uma realidade dando-lhe sentido (ADAM 1994).

## 4.2- Análise Reflexiva do Processo de Aquisição de Competências

A organização deste subcapítulo partirá da descrição dos objectivos propostos, transversais aos diferentes contextos de estágio. Em seguida, é feita a descrição e análise das actividades desenvolvidas, assim como das experiências significativas e recursos utilizados, visando a aquisição das competências de enfermeiro especialista, dum modo sustentado sob o ponto de vista conceptual e, uma prática reflexiva fruto da aprendizagem neste percurso académico.

O primeiro objectivo: **Desenvolver habilidades ao nível da comunicação, na prestação de cuidados à criança e família de diferentes culturas em situação de saúde e doença.**

Para concretização deste objectivo foram realizadas actividades abaixo descritas, de modo a adquirir as habilidades e, por conseguinte, a aquisição de competências ao nível da comunicação.

<b>Actividades</b>	Observação das dinâmicas utilizadas nos diversos contextos de estágio para um adequado acolhimento do cliente e família de diferentes culturas, acompanhando o enfermeiro tutor no momento do acolhimento, na educação para a saúde e na preparação para a alta de acordo com as normas /protocolo do serviço
	Pesquisar bibliografia na área da comunicação e enfermagem transcultural
	Prestação de cuidados à criança, ao jovem e família de diferentes culturas, fornecendo informação pertinente, de acordo com o nível de entendimento da família, integrado na matriz cultural
	Promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com a criança, o jovem e família de diferentes culturas, identificando particularidades socioculturais da família
	Clarificar dúvidas com o enfermeiro tutor
	Elaboração de um poster sobre os princípios e objectivos do ACIDI e do Gabinete da Saúde, integrando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Leininger

No âmbito da sua actuação é fundamental o enfermeiro adquirir habilidades quer conceptuais, quer técnicas, quer humanas (SILVA *et al*, 2004), que o ajudem no seu desempenho. Sabendo que as habilidades conceptuais remetem para a busca de conhecimento, foi necessário efectuar pesquisa bibliográfica e procurar evidências científicas, no sentido de apreender e reaprender as particularidades comunicacionais no âmbito das

diferentes culturas. Em relação às habilidades humanas e técnicas, estas são adquiridas no aprofundar do conhecimento teórico, na observação e na vivência da prática.

A etimologia da palavra observar deriva do latim “*observare*”, que significa olhar com atenção. Foi nesta perspectiva que foram desenvolvidas as actividades nos diferentes contextos de estágio, permitindo reaprender a observar e a participar nos cuidados de saúde especializados. Assim, ao longo dos diferentes estágios, foram desenvolvidas habilidades, o que permitiu uma maior autonomia nas actividades realizadas. Face às necessidades e especificidades de cada serviço, foi necessário recorrer a estratégias de comunicação (verbais e não verbais) adequadas para cada situação específica. Para além da utilização de uma linguagem de acordo com o desenvolvimento cognitivo da criança e família, quando foi necessário recorreu-se a um intérprete ou a comunicação não-verbal.

Foram desenvolvidas competências na área da comunicação com o cliente e família de diferentes culturas (concretamente com a cultura ucraniana, cabo-verdiana e guineense), nomeadamente na comunicação não-verbal (gestos, distância, silêncio, toque). Estes foram momentos ricos em experiências, que promoveram a vontade de contribuir para uma melhoria da qualidade de vida da criança, do jovem e família. É de salientar os diferentes instrumentos de trabalho utilizados no serviço de internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta como por exemplo: a folha de referência para o centro de saúde, a folha de medicação traduzida em crioulo, em inglês, entregue aos pais pela enfermeira no momento da alta. Através destes procedimentos estão a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem culturalmente competentes. Comparando o serviço anteriormente mencionado e o meu local de trabalho (serviço de Urgência de Pediatria do HSM), de facto neste último têm um longo caminho a percorrer para se atingir o mesmo nível de qualidade cuidados de enfermagem culturalmente competente, concretamente ao nível da informação escrita.

Foi possível conhecer e identificar novas competências como o brincar (através do jogo) para o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança e motivação por parte da criança. O brincar é indissociável do ser criança, citando Papalia, Olds e Feldman (2001,p.365), *“brincar é o trabalho dos mais novos. Brincando, as crianças crescem, (...) estimulam os seus sentidos, aprendem a usar os músculos, a coordenar o que vêem com o que fazem e ganham domínio sobre os seus corpos. Descobrem coisas acerca do mundo e acerca delas próprias. Adquirem novas competências. Tornam-se*

*mais proficientes no uso da linguagem, (...).*” O brincar dá-nos a possibilidade de crescermos juntos numa relação de confiança mútua. É também nesta perspectiva que a tríade, enfermeiro – criança e família saem a ganhar.

Na doença e, essencialmente na hospitalização, a criança sente-se violentada na sua independência e na sua liberdade individual. O seu espírito é muitas vezes invadido por sensações de medos e, até de mutilação corporal. Assim, a idade e maturidade da criança podem ser um factor a ter em consideração relativamente ao entendimento da hospitalização. Felizmente, os cuidados de enfermagem não são unicamente procedimentos técnicos; primeiramente solidariedade, respeito pelo ser humano como também a promoção dos direitos humanos, como é veiculado no RCCEE (OE, 2011).

O estabelecimento de uma comunicação assertiva e a negociação foram oportunidades de aprendizagem, vividas neste percurso de aquisição de competências, como por exemplo: a conversa estabelecida entre a mãe de uma criança portadora de doença crónica, com alta para o domicílio e a enfermeira orientadora (ocorrida no internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta). A mãe do G. oriunda de Cabo-Verde informa a enfermeira: *“senhora enfermeira o meu filho já tem alta.”* Resposta da enfermeira, utilizando uma linguagem pausada e clara, num tom de voz calmo, *“está bem, se tem a receita da medicação, vá à farmácia comprar os medicamentos, a seguir pode almoçar e arrumar as suas coisas. Quando estiver disponível a mãe do G., vem ter comigo para conversamos sobre a medicação e a data da próxima consulta.”* Esta, tal como outras vivências contribuíram, para a mobilização de conhecimentos e, conseqüentemente para o desenvolvimento de competências inerentes a assertividade e ao processo de negociação, não descurando a procedência cultural do cliente e família.

É de realçar na doença crónica o desenvolvimento de competências inerentes ao processo de capacitação da família, no sentido de promover a sua autonomia. A noção da responsabilidade parental inserida numa matriz cultural no cuidar da criança, na aquisição de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes, bem como a promoção na adaptação à doença crónica como o indicado no RCEEESCJ (2011).

Na UCIN do Hospital do Barreiro tive a oportunidade de compreender a vivência do processo de transição para a parentalidade, que foi uma das competências que desenvolvi neste percurso. A transição é vivenciada pelos pais de acordo com inúmeros factores, como o significado atribuído aos acontecimentos que levam à transição, nomeadamente, valores e crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e

conhecimento, as circunstâncias da comunidade e os recursos existentes na mesma (MELEIS *et al*, 2000).

A promoção da vinculação foi outra das competências desenvolvidas. Sabendo que o internamento do bebé constitui uma interrupção no decurso de vinculação pais-bebé, a equipa multidisciplinar deve promover essa vinculação, possibilitando aos pais oportunidades para pegar, permanecer e comunicar com o bebé (HOCKENBERRY *et al*, 2006). Desta forma, o processo de cuidar do bebé pelos pais, tem início com um olhar, seguido de um toque tímido, que lentamente se torna mais seguro e prolongado e, eventualmente, uma voz suave e carinhosa (HOCKENBERRY *et al*, 2006). Exemplificando o que atrás foi descrito: ouvindo o bebé a chorar a EESCJ incentivou a mãe (nacionalidade ucraniana) a pegar na sua bebé. Esta revelou insegurança em pegar-lhe, contudo a enfermeira retirou o bebé da incubadora e colocou-lho ao colo da mãe, após o que esta verbalizou: “sr<sup>a</sup> enfermeira “ (...) sinto-me mais calma” (...) “ficou mais calma” (...) “como é bom tê-la ao colo.” Com este comportamento acredito que a EESCJ contribuiu para a vinculação da relação mãe-filha.

Para BOLWBY (1997), a ausência da mãe afasta a criança da experiência de sentir conforto/desconforto com a sua presença, o que reprime o desenvolvimento da memória por insuficiente estimulação, no que concerne a representação da figura humana. Outros autores, como Piaget, Anna Freud, Mary Ainsworth, investigaram e descreveram os seus trabalhos, que demonstraram uma forte ligação entre os atrasos de desenvolvimento, crescimento e a separação mãe-filho.

É importante que o EESCJ desenvolva uma relação de proximidade com os pais, apoiada na competência cultural e sirva de modelo para a equipa de enfermagem, no sentido de facilitar o envolvimento dos pais no cuidar do seu filho durante a hospitalização (JORGE, 2004).

Na prestação de cuidados foi utilizada a abordagem centrada na família, que é sustentada na filosofia desenvolvida por CASEY (1995, p.106), que menciona estar implícito, “*que os pais são uma parte da equipa terapêutica e que são capazes de tomadas de decisão informadas, baseadas numa visão conjunta das necessidades da criança, o que torna fundamental evitar que os pais sejam considerados meros prestadores de cuidados e transformados em executores de tarefas (...).*” A mesma autora (1995) reforça que os cuidados prestados pelos enfermeiros devem incluir a reavaliação da capacidade dos pais, no envolvimento dos cuidados e a negociação da responsabilidade dos mesmos sempre

que necessário. Assim, é inevitável a adopção de estratégias para integração dos pais nos cuidados, no sentido de os orientar e os capacitar, para o cuidado ao seu filho.

As necessidades afectivas dos pais constituem outra das preocupações observadas na equipa multidisciplinar desta UCIN, pelo que é facilitada a visita de outras pessoas significativas, sobretudo dos avós. Esta atitude da equipa é uma forma de estabelecer uma relação de ajuda com os pais para além da demonstração de disponibilidade de escuta e o desenvolvimento de estratégias de encarar o futuro com optimismo. É nesta vertente, que o EESCJ deve apostar na identificação e compreensão das necessidades da família, de modo a orientar as suas intervenções para dar resposta ou ajudar a família a retomar a sua vida.

Das actividades desenvolvidas na UCIN as que foram úteis para o reconhecimento da importância da relação cliente /enfermeiro em todo o processo terapêutico foram o acolhimento à família, a disponibilidade para esclarecer dúvidas, o estímulo para tocar no seu bebé. Foi neste contexto que por exemplo permaneci longo tempo próximo dos pais, nomeadamente com uma família em processo de desintoxicação por consumo de drogas, com o objectivo de os incentivar a visitar o seu filho com maior frequência.

A assistência singularizada deve dar resposta aos pais com os quais nos deparamos, observando/escutando as suas experiências anteriores, a sua cultura e as suas características. Compete ao enfermeiro desenvolver competências no campo relacional, sendo crucial que saiba comunicar correctamente, no sentido de saber transmitir mensagens de modo a ser compreendido, que saiba escutar e observar não só a linguagem verbal, como a não-verbal, e a poder interpretar o sentir emitido pelos pais, nomeadamente de outra referência cultural (RILEY, 2004).

Sabendo que a dor é considerada pela DGS (2003) como o 5º sinal vital, focalizei a minha observação na atitude da equipa multidisciplinar, nomeadamente do enfermeiro durante os procedimentos dolorosos realizados, concretamente numa UCIN onde os recém-nascidos estão mais expostos aos mesmos. Segundo BATALHA *et al* (2007), estima-se que, em média, cada RN sofra cerca de oito a dez eventos dolorosos por dia. Neste âmbito, foram adquiridas competências para a avaliação da dor, como a utilização da NIPS – Neonatal Infant Pain Scale – onde são associados vários itens comportamentais e fisiológicos de forma sequencial, assim como para prevenir ou minimizar a dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como a informação aos pais da sua

presença, a administração da sacarose, o posicionamento, a conversa, as massagens, o aleitamento materno, a chucha).

Esta aprendizagem permitiu “um novo olhar” e uma maior preocupação em estar atenta aos procedimentos dolorosos (também inseridos numa matriz cultural) na minha prática profissional, através da utilização das escalas da dor e, por conseguinte ao recurso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para diminuir a dor e o desconforto.

Relativamente ao contexto clínico realizado no meu local de trabalho, por se encontrar em processo de acreditação, a elaboração e gestão de protocolos de actuação da dor era um processo em desenvolvimento. Esta vertente possibilitou “um novo olhar” sobre protocolos, não só de modo meramente tecnicista, mas de forma a realçar a importância das intervenções de enfermagem sejam de modo interdependente ou autónoma, centrada no binómio criança / família.

No Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Barreiro tive a oportunidade de conferir uma realidade semelhante ao do meu local de trabalho, em que a afluência ao Serviço de Urgência pediátrico (SUP) na maioria das vezes não está associada a situações urgentes ou emergentes, mas quando a família carece de cuidados de saúde independentemente da sua natureza. Esta conduta está associada à inexistência na prática de uma política efectiva de cuidados primários. Segundo a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência (2001, p. 6) o Serviço de Urgência *“existe para tratar todos os doentes em situações urgentes e emergentes, oferecendo tratamento eficaz, eficiente e equitativo.”* Dentro deste contexto, a criança que recorre ao SU tem prioridade nos cuidados para o restabelecimento das funções vitais, o que na prática nem sempre se confirma. Assim sendo, a DGS (2004, p.156) menciona que *“na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, as urgências tornaram-se para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso a cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS.”* Estes comportamentos conduzem a uma sobrecarga populacional ao SUP, causando grandes dificuldades na comunicação, na gestão do espaço físico e recursos materiais e humanos. Neste contexto MELO (1999, p. 60) refere que *“o acréscimo da procura e a efectivação da resposta aos utentes, implica uma sobrecarga económica e humana para as instituições, (...)”*, o que pode contribuir para comunicação menos adequada e, por conseguinte um desajustamento nos cuidados prestados.

Neste SUP um dos momentos de reflexão abrangeu a intervenção do enfermeiro especialista junto do adolescente e família em situação de doença, hospitalização e morte. Esta reflexão surgiu após a vivência do “sentimento de fracasso” perante a morte de uma jovem de catorze anos. Quando paramos para pensar sobre a morte surge na nossa mente a questão: qual o comportamento que devemos adoptar perante a família ao ser confrontada com a morte de um filho? Será que é permitido ao enfermeiro exprimir as suas emoções? Como é vivenciado o tema da morte em cada cultura?

São questões que mereceram a minha preocupação com o outro, o que me transportou a uma profunda reflexão sobre o ser pessoa, permitindo uma “maior” consciência de mim, do outro e do mundo. Citando PATRONILHO (2008, p.28), “*no processo da conversão, o homem cresce como pessoa não se deixando dominar pelo egoísmo. É nesta caminhada de encontro e crescimento, que o homem amadurece como pessoa. E só o homem amadurecido consegue viver uma vida de autêntica partilha e comunicação.*” É ainda falar do humano e, por conseguinte, falar de vulnerabilidade, de fragilidade, de autenticidade, de altruísmo, de comunhão e de abertura. Só assim posso encarar o outro como fim, não o abandonando numa situação de enorme vulnerabilidade e fragilidade.

Na nossa prática diária a inexistência de formação e de diálogo sobre a morte e, de como esta é vivenciada numa cultura diferente, contribuem para a perplexidade e negação dos enfermeiros, levando-os por vezes a afastarem-se do acontecimento, nomeadamente na área da Pediatria dificultando as tomadas de decisão e de abordagem. A dificuldade para aceitar a morte em Pediatria, pode ser atribuída à crença, em que a criança não deveria sofrer e morrer, tendo em conta a perspectiva do ciclo vital (KUSHNIR *et al*, 1997; DAVIES *et al*, 1996; POLES & BOUSSO, 2009). É de realçar que a negação da morte é uma negação da própria sociedade contemporânea.

Este estágio foi curto, pelo que passei parte do tempo na triagem. Triar em saúde significa selecção, escolha de acordo com determinados critérios, segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012). A opção por permanecer na triagem esteve aliada ao meu interesse de contactar com a população imigrante, no sentido de apreender as principais dificuldades, da equipa de enfermagem e da família. Assim, o que observei foi a dificuldade no estabelecimento de uma relação interpessoal, criada pela barreira linguística e pelo etnocentrismo por parte de alguns enfermeiros. O etnocentrismo é assente na tendência comum dos indivíduos considerarem, que as suas formas de agir, pensar e acreditar são únicas formas correctas e adequadas e naturais (PURNELL & PAULANKA, 2010). É cada

vez mais importante que os enfermeiros entendam, que a realidade deve ser vista nas mais variadas perspectivas.

Um imperativo em saúde é o de que o nosso mundo não é único. Existem realidades provavelmente idênticas/diferentes às/ das nossas e, ao abrir os nossos horizontes podemos encontrar um equilíbrio entre o nosso mundo e o do outro. Leininger (1998) in TOMEY & ALLIGOOD (2002, p. 567), prevê que para a *“enfermagem ser significativa e relevante para os clientes e outras enfermeiras, o conhecimento e as competências de enfermagem transcultural serão imperativos para orientar todas as decisões e acções de enfermagem para resultados bem-sucedidos e eficazes.”* Ao observar a realidade portuguesa, penso que o futuro da enfermagem, no sentido da melhoria da qualidade nos cuidados, passa obrigatoriamente por prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Relativamente à barreira linguística, elaborei um folheto para consulta dos enfermeiros. Neste documento constam os contactos do serviço de tradução telefónica do CNAI, assim como de algumas associações de imigrantes do Concelho do Montijo, Moita e Barreiro, que possam colaborar na tradução. Esta ferramenta de trabalho não constitui unicamente uma das estratégias a utilizar para ultrapassar a barreira linguística, mas também uma base para o estabelecimento da relação de ajuda.

Outro objecto de reflexão resultado da minha observação foi a vulnerabilidade desta população. Segundo um estudo realizado por MACHADO *et al* (2007) a saúde materna e infantil da população imigrante apresenta vulnerabilidades e fragilidades, como carência económica e exclusão social de bens e serviços (saúde e educação), o que se reflecte na deterioração das condições de saúde. Implica a maior procura do SU, face ao Centro de Saúde quer pela facilidade no atendimento, e em ocultar situações sociais graves, quer pela situação de irregularidade documental. Em Portugal são escassos os estudos de investigação relacionados com o acesso aos cuidados de saúde, da população imigrante como é referido no relatório MIGHEATHNET (2009).

Comparando este SUP com o meu local de trabalho, observei as mesmas dificuldades sentidas pelos enfermeiros, concretamente na barreira linguística, no etnocentrismo (por parte de alguns enfermeiros) e no desconhecimento dos recursos existentes na comunidade.

O Centro de Apoio ao Imigrante (CNAI) foi outro contexto de estágio, que constituiu um marco importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Este centro é uma organização estatal dependente do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI). Tem como missão colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas transversais e sectoriais relevantes para a integração dos imigrantes e minorias étnicas, bem como o promover o diálogo entre as diversas culturas, etnias e religiões. No CNAI coexistem vários ministérios de entre eles: o Ministério da Saúde, representado pelo Gabinete da Saúde.

No que concerne ao desenvolvimento pessoal permitiu uma reflexão mais aprofundada sobre questões da actualidade como a transculturalidade, multiculturalidade e interculturalidade. Ao reflectir sobre estes temas, eles permitiram um maior autoconhecimento e afastamento do meu etnocentrismo. Este entendimento possibilitou uma mudança de mentalidade no modo de encarar a minha própria cultura e a do outro.

Relativamente ao desenvolvimento profissional, este incidiu na aquisição de competências comunicacionais com o cliente de outra referência cultural. Como exemplo a triagem realizada pela enfermeira a um casal de origem norte americana. Este exemplo serve para demonstrar a comunicação centrada no cliente: a enfermeira questiona o Sr. J, e Sr.<sup>a</sup> H. *“o que vos traz ao gabinete?”*; ao que respondeu Sr. J. *“disseram-nos que este gabinete nos pode ajudar na resolução do nosso problema”*. Nova questão colocada pela enfermeira *“qual é o vosso problema?”* Estas questões conduzem a uma escuta activa, como é denominada por PHANEUF (2005, p.157) em que, *“a escuta não é somente uma atenção passiva prestada ao outro, ela pode tomar um carácter muito activo pela aplicação de diversos comportamentos de receptividade, como o questionamento, as respostas-reflexo e a utilização de diversas outras estratégias dinâmicas.”* Através deste método de condução da entrevista, os interlocutores situam-se ao mesmo nível, sobretudo nas questões colocadas.

É de realçar o meu envolvimento proporcionado pela equipa de enfermagem, na discussão dos diferentes casos, que foram surgindo neste período de estágio. Esta partilha de experiências permitiu o aprofundar de conhecimentos sobre uma realidade para a qual não estava desperta, nomeadamente das crianças a residirem na ilegalidade em Portugal com os seus pais ou familiares não directos. Outro exemplo desta partilha de experiências é o conhecimento da recusa de assistência à doença ou de promoção da saúde por parte de alguns serviços de saúde às mulheres grávidas imigrantes. Estes, ao

recusarem prestar assistência na saúde e doença, estão a revelar o seu desconhecimento da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2006), sobre o Despacho nº 25.360/2001 (acesso à saúde por parte dos imigrantes) e da Circular Normativa nº 4 de 1674/2004 da DGS.

Por último devo mencionar, que perante as actividades realizadas neste serviço e, em consequência das aprendizagens elaborei, um “*poster*” sobre os princípios e objectivos do ACIDI e do Gabinete da Saúde, integrando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger (Anexo XIV).

O Centro de Saúde do Lumiar (CSL) foi outra das etapas deste percurso académico e, constituiu um estágio gratificante, sobretudo no contacto com crianças saudáveis, distinto do meu quotidiano profissional. Estes momentos foram dinamizadores no processo de aprendizagem, incluindo a avaliação do desenvolvimento estato-ponderal e psico-motor e as actividades com vista à promoção da saúde. Na avaliação do desenvolvimento da criança são utilizadas, pela equipa de enfermagem uma Escala de Avaliação de Competências do Desenvolvimento Infantil (SGSII) e a de Mary Sheridan, o que facultou validar a teoria com a prática dos cuidados. O desenvolvimento da criança emerge como uma das principais preocupações dos pais uma vez que “*não é algo fácil de medir, como o peso ou o comprimento, para os quais podem ter valores concretos e interpretar gráficos que vêm no boletim de saúde infantil.*” (OOM 2008, p. 89). De facto, na prática as questões relacionadas com o desenvolvimento estato-ponderal são preocupações dos pais e transversais às diferentes culturas, como tive oportunidade validar e comparar com o meu quotidiano profissional. Assim sendo, nas situações em que os pais demonstravam essa inquietação, a primeira intervenção foi a de perceber a razão da mesma. Neste âmbito, RAMOS (2009, p. 71) menciona que a comunicação em contexto de saúde “*tem de ser adaptada (...) às necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente / doente.*” Só assim se pode dar uma resposta eficaz, enquadrada ao contexto familiar.

Sabendo que o Centro de Saúde é uma instituição, que visa a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados e, a sua acção é dirigida ao nível da saúde da pessoa, da família e da comunidade (DGS, 2002). Foi neste contexto que participei activamente na consulta de enfermagem. Esta é definida segundo GOMES e NUNES (2005, p. 235) como a promoção e “*a interacção enfermeira criança-família.* Neste processo, o sucesso do cuidado não depende apenas das informações transmitidas

*pelo profissional, mas também da participação da família, que percebe a relevância do seu papel enquanto promotora do desenvolvimento saudável da criança.*” É neste contexto de partilha que se efectuava a consulta de saúde infantil e juvenil. Foi enriquecedor observar a comunicação e empatia estabelecida entre a EESCJ e as famílias. Como refere Phaneuf (2005, p. 71) *“a comunicação é o instrumento pilar para o início (...)”* e o desenvolvimento de uma relação de empatia e confiança, elementos essenciais para o estabelecimento de uma comunicação assertiva.

Para o estabelecimento de uma comunicação adequada, a EESCJ utilizava princípios como respeito, empatia, disponibilidade, escuta activa. Estes facilitavam a identificação de problemas, fragilidades ou necessidades da família, não somente dos membros presentes como também da família alargada. Como por exemplo, *“o irmão mais novo está melhor? “, “o pai ainda está a trabalhar no estrangeiro?”, “sim enfermeira L. e, vai continuar no estrangeiro”, [o que] “significa que a mãe do J. continua a ter o apoio dos seus sogros?”*. Por conseguinte, a EESCJ procurava compreender a família na sua globalidade e, segundo COWAN (2000, p. 587), *“as avaliações familiares são feitas para identificar as necessidades das populações em risco: relacionamentos e interações, ambiente, oportunidades de desenvolvimento.”* No final de cada consulta, a EESCJ procedia aos registos em suporte informático, programa onde se encontram inseridos os dados do agregado familiar, as consultas efectuadas pela criança, as vacinas administradas, a avaliação do desenvolvimento estato-ponderal e psico-motor, os cuidados antecipatórios a abordar. Os temas mais abordados são os hábitos de sono e alimentares, a higiene oral, a interacção social (como a frequência do infantário, da escola), entre outros.

A visitação domiciliária é outra das actividades desenvolvidas neste Centro de Saúde, os encontros são realizados através da Unidade Móvel. Esta actividade foi para mim muito gratificante e estimulante pois, tive oportunidade de participar activamente. Como por exemplo: na identificação de famílias que não compareciam a vigilância de saúde no Centro de Saúde, por recorrerem com frequência ao Serviço de Urgência do HSM (local onde trabalho). Estes momentos permitiram-me o conhecimento alargado da população e das suas características. A população que usufrui deste projecto de intervenção comunitária é sobretudo de etnia cigana. De facto, as Unidades Móveis têm como objectivo dar resposta aos grupos mais vulneráveis, às “bolsas” de pobreza no âmbito da saúde-materno-infantil e planeamento familiar (ANTUNES, 2009), procurando melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, através da informação e promoção da saúde. A

inclusão social destes grupos é dinamizada numa perspectiva transcultural, e de capacitação da população para a autonomia e iniciativa da população na resolução dos seus problemas de saúde e, conseqüentemente, obtenção de ganhos em saúde (Ibidem, 2009).

Foi curioso averiguar que a maioria das famílias visitadas de etnia cigana recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica do HSM, o que me possibilitou mais facilmente enquadrar o cliente/ família no seu ambiente sociocultural e económico. Este conhecimento tornou-se numa mais-valia para o meu quotidiano profissional, no sentido do estabelecimento de uma empatia e confiança entre mim e a comunidade e, obviamente, uma melhoria na gestão de conflitos no meu local de trabalho, o que considero ganhos substanciais para uma mais adequada prestação de cuidados.

Importa ainda salientar que a Unidade Móvel constitui o elo entre as várias organizações locais como escolas, infantários, a Pastoral dos Ciganos (que funciona como jardim-de-infância, creche, actividades dos tempos livres), assegurando e promovendo a responsabilidade e a educação cívica dos seus clientes, ao trabalhar em parceria com o CS. Esta parceria é preconizada pelo RCEEESCJ (2011, p.8654), que menciona o estabelecimento e manutenção “(...) de redes de recursos comunitários de suporte à criança /ao jovem e família (...)”. O apoio é dado através da educação para a saúde e na identificação de situações de risco, constituindo uma prática salutar para a melhoria da qualidade de vida da população infanto-juvenil, com significativos ganhos em saúde.

Leininger (1998) in TOMEY & ALLIGOOD (2004, p. 576) menciona que “a enfermagem actua como ponte entre a generalidade do povo e o sistema profissional.” Através dessa “ponte”, as enfermeiras da Unidade Móvel colocam em prática os três tipos de cuidar em enfermagem prevista na TEORIA da DIVERSIDADE e UNIVERSALIDADE do CUIDAR CULTURAL de Leininger (1993) que são: a preservação e manutenção do cuidado cultural, acomodação e/ou negociação do cuidar cultural e a remodelação e/ou reestruturação do cuidar cultural (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Tive também a possibilidade de participar, simultaneamente com a EESCJ e a enfermeira responsável pela saúde escolar numa reunião na comunidade em parceria com outras organizações locais (a Junta de freguesia do Lumiar, a Câmara Municipal de Lisboa, a Associação de Moradores da Alta de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia). Esta oportunidade permitiu-me mais uma vez o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, com vista a intervir em programas de saúde escolar e nas actividades de parceria com os vários agentes da comunidade.

É de facto relevante a articulação do CSL com as várias entidades. Refiro-me às escolas, à Comissão de Protecção de Menores, que contribuem para uma melhor protecção, responsabilização e prevenção das situações de risco de crianças e jovens (ALEGRE, 2006). É nesta articulação entre os profissionais de outras áreas ao serviço da criança, que o EESCJ terá de *“conhecer as áreas em discussão, de modo a serem competentes na negociação de propostas e estratégias a implementar para a obtenção de ganhos em saúde.”* (Ibidem, p. 6). Nesta perspectiva foi relevante conhecer os recursos existentes na comunidade para a sinalização e avaliação de crianças e jovens em risco, ao integrar as reuniões multidisciplinares realizadas pelo núcleo de apoio à criança e jovem em risco. Este conhecimento permitiu o consolidar da referenciação da criança, do jovem e família ao Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria ou ao Centro de Saúde do Lumiar.

O segundo **objectivo: conhecer as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas.**

Este objectivo foi delineado a partir do diagnóstico das necessidades do serviço onde exerço funções e, alargado aos vários contextos de cuidados percorridos neste processo de aprendizagem, analisando-os à luz da evidência encontrada. Para o concretizar, nos estágios tive a preocupação de observar os diferentes contextos de interacção entre enfermeiro, criança e família.

<b>Actividades</b>	Observação dos recursos materiais e humanos existentes nos diversos contextos de estágio para ultrapassar a barreira linguística
	Consulta de normas, manuais e protocolos dos diferentes serviços
	Elaboração de um folheto como ferramenta de apoio ao trabalho do enfermeiro, no que concerne a tradução aos diferentes idiomas
	Pesquisar bibliografia sobre a enfermagem transcultural

Na prática, a barreira linguística, entende-se aqui o não dominar a língua materna do cliente e a falta de mediadores culturais, foram as principais dificuldades verbalizadas pelos enfermeiros, na prestação dos cuidados ao cliente e família de outra referência cultural. Esta dificuldade está de acordo com os resultados da evidência científica. Os

vários estudos evidenciam, que no contexto da saúde parte dos problemas, disfuncionamentos e insatisfação ao nível relacional, no contexto da saúde está relacionada com a comunicação (RAMOS, 2009).

De facto, a não existência nos serviços de mediadores culturais e/ou de tradutor dificulta a comunicação entre o cliente e a família, podendo uma comunicação ineficaz acarretar um desajustamento na prestação de cuidados. Por outro lado na minha prática profissional tenho observado, que a comunicação é mais eficaz perante a família de outra referência cultural, quando em presença de um tradutor ou mediador cultural. Por exemplo perante uma família de etnia cigana a presença de um “pastor religioso” facilita o processo de negociação e a assertividade.

Na UCIN do Hospital do Barreiro tive a oportunidade de prestar cuidados a um recém-nascido (RN) cujos pais eram de nacionalidade ucraniana. RN internado ao 4º dia de vida, por desidratação grave, resultante de uma perda ponderal superior a 10% (valor limite aceitável para um recém-nascido na primeira semana de vida). O RN foi observado no CS no dia anterior ao seu internamento, mas os pais tiveram dificuldade em verbalizar as suas dúvidas ao enfermeiro no CS, nomeadamente sobre a alimentação do seu bebé. Esta situação foi originada pela barreira linguística, os pais tinham dificuldade em se expressar em português e o enfermeiro em compreender.

É de salientar que esta família se encontrava numa fase de fragilidade e vulnerabilidade quer pela barreira linguística, quer pelo processo de transição para a parentalidade. Na medida em que a família, que se encontra a vivenciar um processo de transição tende a estar mais vulnerável aos riscos e, deste modo, ver a sua saúde atingida (Meleis, Sawyer, Messias, DeAnne & Schumacher, 2000). Para MELEIS *et al* (2000) nos processos de transição os enfermeiros são os principais cuidadores do cliente e família, no sentido de estarem atentos às mudanças e necessidades, que os mesmos transportam nas suas vidas.

Outro exemplo que decorreu no meu local de trabalho envolve *“uma jovem mãe de origem senegalesa, que se exprimia com dificuldade em português. Chegou chorosa à triagem com o seu filho de seis meses de idade ao colo. Pediu ajuda pelo facto do seu filho se encontrar bastante sonolento. Após avaliação verifiquei, que o bebé se encontrava febril. Questionei a mãe se tinha administrado antipirético, acenou com a cabeça que sim. Perante a sua resposta tomei a decisão de proceder ao arrefecimento corporal. Ao fim de trinta minutos, fui reavaliar a situação e, a temperatura estava mais alta. A mãe estava sozinha, questionei-a se trazia algum acompanhante (este dialogo foi difícil). Entretanto*

*chegou uma tia que vinha averiguar a situação, pedi que ficasse. Esta exprimia-se melhor em português e, ao dialogar com a mãe no seu dialecto natal, concluí que na realidade ao bebé não tinha sido administrado qualquer antipirético*". Esta dificuldade na comunicação reflectiu-se numa avaliação inicial menos adequada da situação, que na presença de um intérprete ou mediador cultural teria sido facilitadora.

Em suma uma comunicação eficaz e clara é o pilar para o início de uma relação de ajuda face ao estabelecimento de uma parceria com o cliente e família. Para PHANEUF (2005, p.13) "(...) a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados." Assim como, promover a equidade, fomentar a satisfação do cliente e família e o ajustamento psicológico à doença e, ainda melhorar a sua adesão ao tratamento (RAMOS, 2009).

Relativamente à barreira linguística, elaborei um folheto para consulta dos enfermeiros nos diferentes locais de estágio (Urgência do Hospital do Barreiro, Centro de Saúde do Lumiar, Urgência do Hospital de Santa Maria). Esse folheto foi adaptado à localização geográfica das referidas instituições. Como já mencionado anteriormente, neste documento constam os contactos do serviço de tradução telefónica do CNAI, assim como de algumas associações de imigrantes, que possam colaborar na tradução. Esta ferramenta de trabalho não constitui unicamente uma das estratégias a utilizar para ultrapassar a barreira linguística, mas também uma base para o estabelecimento da relação de ajuda.

O terceiro objectivo: **identificar as necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura, quando recorrem a uma unidade de prestação de cuidados de saúde.**

Para dar resposta a este objectivo, através de conversas informais, questionei algumas famílias ao longo dos estágios sobre as suas dificuldades e necessidades ao recorrerem aos serviços de saúde, nomeadamente na interacção com o enfermeiro.

<b>Actividades</b>	Entrevistas semi estruturadas com o cliente e família de outra referência cultural
	Pesquisar bibliografia sobre hábitos culturais e comunicação entre as diferentes culturas e dos recursos existentes na comunidade de apoio à população imigrante no âmbito dos cuidados de saúde

Os principais obstáculos verbalizados são de facto, a barreira linguística (o não domínio da língua do país acolhedor) e o etnocentrismo por parte de alguns profissionais de saúde. Relativamente à barreira linguística, vários autores indicam que a primeira dificuldade do imigrante nas instituições de saúde se verifica no acolhimento, nomeadamente no insuficiente conhecimento da língua da sociedade de acolhimento, por analfabetismo e por questões de ordem burocráticas (RAMOS, 2001, MACHADO & BÄCKSTRÖM, 2009).

O etnocentrismo, este já definido anteriormente, foi verbalizado por várias famílias, nomeadamente de origem africana e do leste europeu. Segundo PURNELL & PAULANKA (2010, p.7), *“desenvolver relações pessoais, mutuamente gratificantes, com diversos grupos culturais, implica a existência de boas competências interpessoais e aplicação de conhecimentos e técnicas aprendidas a partir das ciências físicas, biológicas e sociais, bem como da área das humanidades.”* E é através deste conhecimento e motivação que os enfermeiros podem ultrapassar o etnocentrismo.

Exemplificando: a oportunidade de encaminhar algumas famílias nomeadamente no Centro de Saúde do Lumiar e Urgência do HSM para o CNAI, através do Gabinete da Saúde para uma resposta mais adequada as questões administrativas aliadas ao seu processo de legalização.

O quarto objectivo: **contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente e família de diferentes culturas.**

Tal como o segundo objectivo, este também foi delineado a partir do diagnóstico das necessidades do local onde exerço a minha actividade profissional e, alargado aos vários diferentes contextos de cuidados percorridos neste processo de aprendizagem, analisando-os à luz da evidência encontrada.

<b>Actividades</b>	Elaboração e aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria para o diagnóstico das necessidades do mesmo
	Formação de pares para capacitar os enfermeiros de ferramentas sobre a comunicação na transculturalidade
	Clarificar dúvidas dos enfermeiros

Como mencionado anteriormente, este objectivo foi planeado a partir das necessidades diagnosticadas no contexto do meu trabalho, através da aplicação de um questionário,

elaborado para este fim (Anexo V). Igualmente foi realizada formação de pares no meu contexto de trabalho e no Centro de Saúde, com o propósito de capacitar os enfermeiros para a importância da comunicação com a criança e família na transculturalidade. Demonstrei os seus benefícios à luz da evidência científica, com o objectivo de motivar a equipa de enfermagem para a mudança, dotando a mesma de estratégias facilitadoras desde processo.

A formação de pares no Centro de Saúde foi realizada após divulgação prévia através da fixação do plano de sessão (Anexo XII). Este foi entregue em todas as valências do Centro de Saúde, com conhecimento da enfermeira orientadora e enfermeira directora do referido centro. No meu serviço o plano da sessão foi afixado nos vários sectores, também com conhecimento da enfermeira chefe e enfermeira orientadora. A metodologia de apresentação foi expositiva e participativa (Anexo XI). A maioria dos participantes reconheceram a utilidade da formação e os seus benefícios para a melhoria da prestação de cuidados.

Ainda no meu contexto de trabalho elaborei um folheto informativo para consulta da equipa de enfermagem, onde consta o contacto telefónico da linha de tradutores. Elaborei um *poster* sobre a comunicação, com ênfase na comunicação não-verbal inserida na transculturalidade (Anexo XV). Também organizei um *dossier* informativo para consulta da equipa de enfermagem, com informação referente ao tema (artigos, circulares normativas), que posteriormente funcionará como “manual orientador”.

Na sessão de formação focalizei a problemática do etnocentrismo e da barreira linguística, como obstáculos à comunicação. Referi a importância da comunicação verbal (ex: o tom de voz) e não-verbal (ex: gestos, o silêncio, o olhar, a distancia), inseridos numa matriz cultural. Alertei para o conhecimento prévio da cultura da família, no sentido gerir determinados significados importantes para algumas culturas como por exemplo: a gestão do silêncio, da orientação temporal, da diferença da percepção dos sexos e o papel da família. Abordei a utilização de estratégias comunicacionais (como o silêncio, a escuta, o olhar, a distancia, o toque), particularmente aquando do internamento de uma criança, situação que pode desencadear alteração do padrão familiar. É importante apoiar a família na transição de doença da criança e, conseqüentemente promover a capacidade de adaptação à nova situação, recorrendo aos processos de *coping*. Para Roy (1999) in TOMEY & ALLIGOOD (2004, p.304), estes processos constituem “*formas inatas ou adquiridas de interagir com o ambiente em mudança.*” É nesta perspectiva que as

estratégias comunicacionais e de intervenção devem ser direccionadas para promover o desenvolvimento enquanto família perante a experiência vivenciada. Importa realçar que as estratégias de *coping* devem ser enquadradas em função da cultura, como esta vive a doença e a saúde. Por exemplo: o internamento de uma criança de etnia cigana é sentido de modo intenso pela família. Para SILVA (2005) na etnia cigana “deixar” um familiar no Hospital, nomeadamente uma criança significa abandono. Implica a separação do grupo familiar e, nas suas crenças culturais é fundamental estar rodeado “pela família para se curar”. E na prática já fui confrontada com esta crença cultural, perante uma avó de etnia cigana, a quem eu informei: “*a sua neta está bem e tem a presença dos pais*”, resposta da avó: “*eu sei que tem os pais, mas enquanto estiver no Hospital estamos todos lá fora à espera*” [nós] os *ciganos somos assim*”. Este episódio constitui um momento de reflexão para a necessidade de pesquisar sobre a cultura do povo cigano e competência cultural, pelo facto de que a socialização da criança tem início no seio familiar, logo a construção e o desenvolvimento da sua identidade cultural não deve ser fragmentada pelo internamento (ICCF, 2007).

## 5 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

É fundamental a reflexão sobre a nossa prática, no sentido de melhorarmos o nosso agir, redobrando o olhar singular nos cuidados prestados na enfermagem transcultural para a construção de realidades, que dêem respostas cada vez mais adequadas às necessidades das pessoas. Continuo a acreditar que os enfermeiros possuem a responsabilidade de contribuírem de forma construtiva para essa mudança. Foi nesta óptica que as minhas competências foram desenvolvidas.

A prestação directa de cuidados e a observação foram dinâmicas, que permitiram a análise do trabalho desenvolvido e, por conseguinte a aquisição de competências técnicas e relacionais, sobretudo na comunicação com a família de outra referência cultural como é citado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RCEEESCJ,2011). Adquiri competências comunicacionais ao utilizar as várias estratégias de comunicação, (quer verbal e a não-verbal), realçando a importância da negociação, o respeito pelos silêncios, a escuta, o respeito pelo sofrimento do outro, para o estabelecimento de uma comunicação assertiva na transculturalidade.

Importa mencionar a pesquisa bibliográfica relacionada com o cuidar em neonatologia, no sentido de autoformação e na determinação em transmitir os cuidados antecipatórios aos pais, sustentados na evidência científica, o que permitiram a aquisição de competências técnicas. Desenvolvi competências humanas do cuidar da criança, do jovem e família, nas situações de maior complexidade, sobretudo em situações em que a família é confrontada com a doença crónica, a morte de um filho, no sentido de uma adaptação mais ajustada às mudanças na saúde e dinâmica familiar (RCEEESCJ, 2011).

No Gabinete da Saúde no CNAI desenvolvi competências práticas através da resolução de situações, como por exemplo: o encaminhamento de uma criança para o serviço de urgência por problema dermatológico exacerbado; a informação sobre os recursos existentes na comunidade de uma grávida (de 36 semanas de gestação) a residir de forma ilegal no nosso país, os seus os direitos e deveres e o seu encaminhamento para o Serviço de Urgência Obstétrica. Também competências relacionais com a família imigrante, com défice de informação e o modo como aceder aos cuidados de saúde. Ainda competências comunicacionais, concretamente no direccionar a informação

pretendida pela família, utilizando estratégias tais como a escuta activa e sua especificidade.

No Centro de Saúde tive a oportunidade de desenvolver competências técnicas na prestação directa de cuidados à criança, ao jovem e família ao participar activamente na consulta de enfermagem (a educação para a saúde, avaliação do desenvolvimento estado-ponderal). O desenvolvimento de competências inerentes à prática profissional e ética, ao elaborar o folheto para os enfermeiros sobre os recursos existentes na comunidade, ao participar nas reuniões do núcleo de apoio à criança, do jovem e família em risco e, ainda o validar da importância do EESCJ integrar estes grupos de trabalho. Esta competência permitiu a promoção de uma prática de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, como o veiculado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2011).

A interacção com as diferentes famílias na Unidade Móvel facilitou o desenvolvimento de competências humanas e relacionais inerentes à prática profissional e ética, promovendo a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural do cliente e família (RCCEE,2011).

De acordo com o Regulamento das Competências Especificas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (2011), também desenvolvi competências comunicacionais, particularmente no aperfeiçoamento de habilidades de comunicação (verbal e não verbal) adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança, do jovem e família inserido numa matriz cultural.

A formação de pares permitiu a capacitação dos enfermeiros e ao desenvolvimento de competências no âmbito da educação, colaborando na formação dos enfermeiros e melhoria contínua da qualidade, como é veiculado no Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011).

Ainda o desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados, no sentido de dar a conhecer e aplicar a legislação e procedimentos. De forma a otimizar o trabalho da equipa de enfermagem, ao adequar os recursos às necessidades de cuidados, incorporando o que menciona o Código Deontológico do Enfermeiro (OE,2005) o no seu artigo 88º alínea b) em que o enfermeiro procura no seu exercício profissional *“adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas...”* de cada da pessoa, a quem presta cuidados.

Face às experiências mais marcantes saliento: as competências relacionais e as comunicacionais. Não descurando também a criação de um ambiente terapêutico (o brincar) e seguro para a criança e família, através do respeito, pelos seus valores, as suas crenças espirituais e religiosas, e práticas significativas para a mesma, como por exemplo permitir a presença de um pastor e providenciar um espaço de privacidade na realização do ritual religioso da família.

O desenvolvimento das competências atrás descritas permitiram “um novo olhar” sobre o cuidar em enfermagem. Como observa Watson (2002, p. 23), *“a enfermagem pode ser descoberta de novo com mais fundamento filosófico significativo, baseada no humano em vez de ser em valores não humanos – retornando às nossas raízes no sentido de encontrar e estabelecer os nossos próprios alicerces para o futuro.”* É nesta contextualização que enquadro toda a minha experiência nos estágios. Realço o estágio realizado na UCIN, que me permitiu ter um olhar diferente para o processo de transição e a promoção da parentalidade, com maior ênfase no cliente de outra referência cultural (como este processo é vivenciada nas diferentes culturas). Pois como estudante, com a orientação dos enfermeiros orientadores e os contributos adquiridos ao longo deste percurso académico, pude observar, o que enquanto profissional, na rotina diária não observava. Como também fiquei sensibilizada para determinadas realidades que desconhecia.

É de destacar outra das competências que ao longo deste percurso desenvolvi - a competência cultural. Esta contribui para a mudança de comportamentos ultrapassando o etnocentrismo e a adequação dos cuidados, tendo em conta o contexto cultural da criança, do jovem e família e, por conseguinte a melhoria na qualidade dos cuidados. Outra das finalidades desta competência é o contribuir para a gestão de cuidados eficaz ao nível dos recursos humanos e de saúde cooperando deste modo para um acesso facilitado aos cuidados de saúde e a sua adesão aos diferentes níveis de prevenção (primário, secundário e terciário) e, conseqüentemente obter ganhos em saúde.

As competências técnico-instrumentais não constituíram o meu foco de atenção, comparativamente às restantes competências atrás mencionadas. Estas são largamente exercidas no meu local de trabalho e foram-no ao longo da minha experiência profissional (como prestadora de cuidados gerais na área da pediatria durante vinte anos), pelo que não tive necessidade de nelas investir, apenas manter-me actualizada e quando necessário realizar pesquisa bibliográfica/discussão com os pares.

Ao finalizar reforço o entendimento de que o ser competente não é, nem será, uma condição ou um dado adquirido, não se limita a um “saber “ ou um “ saber fazer”, o enfermeiro competente deverá saber mobilizar o que aprendeu ajustado a cada situação concreta.

.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do relatório cada actividade reflectiva e contextualizada traduz um percurso traçado, em que o processo de aprendizagem e as experiências vivenciadas tiveram impacto no meu agir pessoal e profissional.

Apresento um enquadramento teórico centralizado na filosofia dos cuidados centrados na família, na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural desenvolvida por Leininger, na competência cultural, na comunicação e relação de ajuda.

Todo o meu percurso foi centrado na comunicação, inserida na transculturalidade, temática emergente na actual conjectura dos cuidados de saúde, sobretudo nos cuidados de enfermagem. Procurei integrar no processo de aprendizagem as competências anteriormente adquiridas, alicerçando este percurso numa prática reflexiva orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e para o desenvolvimento pessoal e profissional.

O facto dos contextos práticos se terem desenrolado em diversas unidades de saúde, facultou a aplicação de conhecimentos e da capacidade de compreensão em situações novas e não familiares, superando saberes adquiridos anteriormente para uma realidade diferente, permitindo o desenvolvimento do processo de autoaprendizagem e da autonomia. Para este processo foi importante o contributo dos enfermeiros peritos orientadores nos diferentes contextos de estágio.

As principais competências desenvolvidas centraram-se no agir, como perito na prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família de outra referência cultural, contribuindo de igual modo para a criação de condições que garantam a promoção de toda a pessoa – a autonomia, que constitui o princípio fundamental da bioética. Essa autonomia passou por promover uma prestação de cuidados de qualidade através da implementação do projecto de estágio, que tinha como objectivos desenvolver competências aos vários níveis: humano, técnico e científico, na assistência avançada à criança e família na transculturalidade e, capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados culturalmente competentes, concretamente sobre a comunicação na equipa de enfermagem do contexto habitual de trabalho.

Importa salientar que as competências e conhecimentos conduzem a compreensão de que cada sujeito de cuidados é um ser único que possui “(...) *quadro de valores, crenças*

*e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.*” (OE, 2004), os quais devem ser considerados para uma prestação de cuidados singularizada e de excelência.

A formação em enfermagem no desenvolvimento de competências emerge como a essência da investigação, segundo a O.E (2005) o que justifica a pertinência da temática e algumas das actividades.

É de realçar que a própria construção deste relatório conduziu ao processo de reflexão, subjacente na análise e síntese das actividades desenvolvidas, articulando com os conhecimentos adquiridos, reflectindo sobre a sua influência no percurso de desenvolvimento académico, pessoal e profissional.

Tendo em conta os objectivos inicialmente estabelecidos, considero que os mesmos foram atingidos.

Nesta trajectória deparei-me com algumas limitações, sobretudo, a falta de estudos acerca da transculturalidade e competência cultural em contexto pediátrico, designadamente a nível nacional, embora a temática seja amplamente estudada nos EUA.

Para finalizar, gostaria no futuro de ter disponibilidade para dar continuidade a este projecto, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de estratégias comunicacionais com à criança, o jovem e família de outra referência cultural, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados no âmbito da Urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

Assim como, o promover na Instituição o interesse para o desenvolvimento e implementação desta temática e o desenvolvimento de trabalhos científicos.

## 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson (2003) – **Saúde, Doença e Diversidade Cultural**: Pensar a Complexidade dos Cuidados a Partir das Memórias Culturais; Lisboa, Instituto Piaget; ISBN: 972-771-638-5;
- ALEGRE, Conceição (2006) – Tempo de Mudança: **Revista da Ordem dos Enfermeiros**; nº22 (Julho); ISSN: 1646-2626, p.4-7;
- ADAM, E. (1994) - Ser Enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget;
- AMENDOEIRA, José (2008) – **A educação e a enfermagem em reestruturação - Profissões e Estado: o conhecimento profissional em enfermagem**, in: Ávila J. L. e Pereira, H.R. (Orgs), políticas públicas, conhecimento profissional. Porto Pivpsic/Legis Editora., pp.209 – 239;
- ANTUNES, M. Teresa (2009) - **Unidades Móveis de Saúde: Saúde Comunitária**- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. [em linha] Acedido a 17 /3/2012. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/2009/01/20/iifns>;
- BATALHA, L., SANTOS, L., A. & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Sociedade Portuguesa de Pediatria nº 38 p.144-151;
- BÄCKSTRÖM, Barbara (2009) – **Saúde e Imigrantes: as representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa**, Edição: ACIDI (IP), Lisboa; ISBN 978-989-8000-79-8;
- BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Lisboa: Quarteto Editora; ISBN 972-8535-97-X;
- BOWLBY, John (1997) - **Formação e Rompimento dos laços afectivos**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes;
- CAMPINHA-BACOTE, Josepha (2005), (2007), (2009) – **Transcultural C:A.R.E: Associates**. [em linha], Acedido a 3/3/2012. Disponível em: [www.transcultural.net/](http://www.transcultural.net/);
- CASEY, Anne (1995) – Partnership nursing: influences on involment of informal cares. **Journal of Advanced Nursing**. Blackwell Science Vol.22, nº6, p.1058-1062;
- CARTA de OTTAWA (1986) – **1ª Conferencia Internacional sobre a Promoção da Saúde**; [em linha], Acedido a 7/3/2012; Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>;

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - **Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE**. Lisboa, 2010 [em linha]; Acedido a 2/12/2011 Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/>

CIPE – Conselho Internacional de Enfermeiros – Versão2.0. (2011) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros;

COLLIÉRIE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Edição do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa. ISBN 972-95420-0-7;

**CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA** (1990) - Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ractificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990 [em linha]; Acedido a 5/3/ 2012, Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf);

**DECLARAÇÃO DO INTERNATIONAL PLAY ASSOCIATION** [ em linha ] Acedido a 20 /3 /2012. Disponível em: <http://cev.org.br/biblioteca/declaracao-o-direito-crianca-brincar/>;

DECRETO-LEI nº 67/2004 – **D.R I SÉRIE - A** (25 /3/ 2004);

DECRETO-LEI nº 4 – **DCI** – 16/4/2004;

DECRETO-LEI nº 35/2011 - **D.R II SÉRIE** – (30/6/2011) p.8648-8655;

DESPACHO nº 25.360/2001 – **Acesso a Saúde por parte dos Imigrantes** [em linha], Acedido a 2/12/2011; Disponível em: [http://www.arsalgarve.minsaude.pt/docs/desp\\_25\\_360\\_01\\_imi.pdf](http://www.arsalgarve.minsaude.pt/docs/desp_25_360_01_imi.pdf);

DESPACHO 9871/2010 **DR II Série**. 112 (2010-06-11) 32123;

**Dicionário Priberam da Língua Portuguesa** (2012);[ em linha];Acedido a 19/3/2012; Disponível em: <http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=triagem>;

DIOGO, Paula M.J. (2000) - Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento, *In: Pensar Enfermagem*. - Lisboa. - Vol 4, n.º 1 (1º semestre), p. 12-24, ISSN 0873-8904;

DIOGO, Paula M.J, (2006) - **A Vida Emocional do Enfermeiro - Uma Perspectiva Emotiva Vivencial da Prática de Cuidados**. Coimbra; Redhorse; ISBN 972 -8485-70-0;

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2002) - **Centro de Saúde da Terceira Geração Plano para a Mudança**; [em linha]. Acedido a 3 de Março de 2012. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>;

- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2005) - **Saúde Infantil e Juvenil - Programa Tipo de Actuação**; [em linha] Acedido a 21/2/2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>;
- ELLIS,R.;GATES,R.;KENWORTHY,N.:(1995) – **Interpersonal Communication in Nursing Theory and Praticce**; New York, Churchill Linnngstone;
- FACHADA, M. O. (2003) - **Psicologia das Relações Interpessoais**. (5ª ed.) 1º vol. Chelas: Rumo;
- FORTIN, M. F. (1999) – **O Processo de Investigação**. Loures; Lusociência;
- GOMES-PEDRO, J. et al (1997). Prematuridade e desenvolvimento. **Acta Pediátrica Portuguesa**. 28 (5), p.405-410;
- GONÇALVES, Ilda; SERRANO, Teresa (2005) – **Desenvolvimento de competências na formação de enfermeiros. O uso de “Portfolio” na formação complementar em contexto de prática**. In Os Portfólios Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1ªEdª Porto Editora, ISBN 972-0-34737-6;
- HANSON, Shirley M. H. (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação**. Loures; LUSOCIÊNCIA; ISBN: 972-8383-83-5,
- HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-11-8;
- HOCKENBERRY, M., et al. (2006) – **Wong: Fundamentos da Enfermagem Pediátrica**; Brasil, Elsevier Editora;
- ICN – International Council of Nurses (2007) – **Nurses and Primary HealthCare**, [em linha], Acedido a 3/3/2012; Disponível em: <http://www.icn.ch>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2010); **Relatório: A Situação Demográfica Recente em Portugal**; [em linha]. Acedido a 1/03/2012); Disponível em: <http://www.ine.pt>;
- JORGE, Ana, (2004) – **Família e Hospitalização da criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem**. 1.ª Ed., Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-79-7;
- LEININGER, M., (1993) - Towards Conceptualization of Transcultural Health Care Systems: Concept and Model; **Journal of Transcultural Nursing**; Vol.2, nº4,p.32-40;
- LEININGER, M., (1995) -Transcultural **Nursing: concepts, theories, research and practices**.2ªedição, MacGraw-Hill.NewYork;
- LEININGER; M., (1998) – Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial, **Revista Enfermagem**. Nº10,p.32-36;

- LEININGER, M., (2001) - **Culture Care Diversity & Universality: a theory of nursing**. USA: Jones and Bartlett Publishers; p. 432. ISBN 0-7637-1825-4
- LEININGER, M., (2002) -**Fórum Leininger** – [em linha] Acedido a 6/3/2012; Disponível em: <http://www.cultural-competence-project.org/en/leininger.htm>;
- LOPES, J.R. et al (2009) – **Multiculturalidade – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Loures. Lusociência, ISBN: 978 -972 – 8930-45-5;
- LOPES, J.R. et al (2009) – **Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar** In: RAMOS, Natália – Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. Loures. Lusociência, ISBN: 978 -972 – 8930-45-5; p.67.81;
- MACHADO, M<sup>a</sup> do Céu et al (2007) - Cuidados de saúde maternal e infantil a uma população de imigrante. **Revista Migrações**. Vol. 1; p.103-124;
- MANO, M. João (2002) – Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. **Revista Referencia** nº8. Maio, p.53-61;
- MARTÍNEZ, J. et al (2007) - Participação das mães/pais no cuidado ao seu filho prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipa de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [em linha]. 15. (2), 239-246. Acedido a 8/3/2012; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a08.pdf>;
- MELEIS, et al (2000) - **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory**. **Advanced Nursing Science**, nº23, p.12-28;
- MELO, Elsa (1999) – Acessibilidade/Utilização do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. **Revista Referência**. Coimbra. (Novembro) p.59-62; ISSN: 0874-0283;
- MESQUITA, Angelina (1997) – A importância da comunicação no cuidar da criança/família; **Revista Nursing**, nº114, p.24-30;
- MIGHEALTHNET (2009) – **Rede de Informação e Boas Práticas em Cuidados de Saúde para Imigrantes e Minorias na Europa**; [em linha]. Acedido em 13 /2/012; Disponível em: [http://mighealt.net/pt/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](http://mighealt.net/pt/index.php/P%C3%A1gina_principal);
- NCCC - **NATIONAL CENTER for CULTURAL COMPETENCE** (2002) – [em linha], Acedido a 11/3/2012, Disponível em: <http://nccc.georgetown.edu/features/CCHPA.html>;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: OE;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional**. p.46;

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro**- dos comentários à análise dos casos; Lisboa; OE; ISBN: 972-99646-0-2;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**; [em linha]; Acedido a 27 de Julho de 2011. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; [em linha]; Acedido a 27 de Julho de 2011. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciaComunsEspecificas.aspx>;
- PAPALIA, D. E. et al (2007) - **O Mundo da Criança**; 8ª Edição. Lisboa: McGraw-Hill;
- PATRONILHO, A. M. (2008) - **A Pessoa Humana no Contexto dos Cuidados**; Braga. Dissertação de Mestrado em Filosofia Especialização em Bioética; apresentada a Universidade Católica de Braga;
- PINTO, J. et al (2009) – Cuidado Centrado na Família e a sua aplicação na Enfermagem Pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**; Vol.63 nº 1-Jan/Feb.2010.Brasília; [em linha]; Acedido a 10/1/2012. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00341672010000100022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00341672010000100022&script=sci_arttext);
- PRICE, D.L.; GWIN, J.F. (2004)-**Thompson's Pediatric Nursing: Na Introduction Text**;; United States, Elseiver Sanders;
- PORTUGAL, Alto Comissariado da Saúde (2009) – **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**, Lisboa: 1ª Edição, Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-962663-0-0;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2003) - **A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor**; Circular normativa nº9/DGCG de 14/6/2003;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde- **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**; [em linha]; Acedido a 1/12/2011. Disponível em:  
[www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvi.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvi.pdf);
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde- **Plano Nacional de Saúde 2012-2016- WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)**; [em linha]; Acedido a 1/3/2012. Disponível em:  
[www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/...saude/pn-2004-2010](http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/...saude/pn-2004-2010);

- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2001) – **Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência**. 1ªed.Lisboa;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2010) – **Serviço de tradução telefónica de apoio a cidadãos estrangeiros**; Circular normativa nº 15/DGS de 22/10/2010;
- POLES Kátia, Bousso, R.S, (2006) – Compartilhando o processo de morte com a família: A experiencia da enfermeira na UTI Pediátrica; **Revista Latino – Americana de Enfermagem**; Março e Abril;[ em linha]; Acedido a 18/3/2012; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a09.pdf>;
- PHANEUF, Margot, (2005) – **Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação**; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
- PURNELL, L.; D.; PAULANHA, Betty, J. (2010) - **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente**. 3ªEd.,Loures Editora. ISBN 978-989-8075-28-4;
- RILEY, Julia B. (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. Quarta Edição. Loures: Lusodidacta, ISBN 978972838381;
- RAMOS, Natália (2001) - Comunicação, cultura e interculturalidade: Para uma comunicação intercultural; **Revista Portuguesa de Pedagogia**, p. 155 – 178;
- RAMOS, Natália (2008) – **Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas**; João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; CDU:325;
- Resolução de Conselho de Ministros nº 63-A/2007 (2007) – **Plano de Integração dos Imigrantes**; [em linha]; Acedido a 20 /2/2012. Disponível em: <http://www.gep.msss.gov.pt/planeamento/pimigrantes.php>;
- SANTOS, M. et al (2010) - Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista de Saúde Publica**. Vol Temat (10):47-57; [em linha]; Acedido a 23 /3/2012; Disponível em:<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/>;
- Serviços de Estrangeiros e Fronteiras (2010) - **Relatório dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras** [em linha]; Acedido a 5 / 2/2012. Disponível em: <http://www.sef.pt/documentos/56/RA2010.pdf>;
- SILVA, A.; MARTINGO,C. (2007) – Unidades de Saúde Amigas dos Imigrantes – Uma Resposta da Multiculturalidade em Portugal; **Revista Migrações, do Observatório de Imigração**; ACIDI, nº1; p.155-160;

- SILVA, Carla et al (2004) – Comunicar para Cuidar em Neonatologia. **Revista Informar**. Porto. Jan/Junho,p.53-59;
- SILVA, E.C. Camillo.; RAMOS, D. L. P. (2010) – Interacção transcultural nos serviços de saúde; **Acta Bioethica**; Vol XVI, nº 2; p.180-190; [em linha]; Acedido a 20/3/2012; Disponível em:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=55415469010-2-----a90ol>;
- SILVA, Luísa F. (2005) – **Saúde / Doença é Questão de Cultura**: atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas de Portugal. ACIME, Lisboa; ISBN 989-8000-01-5; núm2010, pp. 180-190
- SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. (2006). Family Centered Care: a review of qualitative studies **Journal of Clinical Nursing**.Vol 15,nº10 [em linha] Acedido em 5/3/2012, Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009309792&site=ehost-live>;
- STEFANELLI,M.C.; CARVALHO, E.C. (2005) - **A Comunicação nos Diferentes Contextos de Enfermagem**; Barueri, São Paulo; Manole;
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem: Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade**, 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem: Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação**; 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;
- UNICEF - **Convenção sobre os Direitos da Criança Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas** em 20 de Novembro de 1989 e ractificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. [em linha], Acedido a 6 de Julho de 2011, Disponível em:  
[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf);
- WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: Ciência Humana no Cuidar – Uma Teoria De Enfermagem**; Loures: Lusociência; ISBN 972-8383-33-9;



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS**



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE  
CARDIOLOGIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL SANTA MARTA



Aluna: 3559

Joaquina Antunes

Lisboa

Outubro, 2011

**INDICE**

	PÁG
0 - INTRODUÇÃO	4
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	5
1.1 – HOSPITAL DE SANTA MARTA	5
1.2 – SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	6
2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	8
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

## **SIGLAS**

**EESIP** = Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

**Enf Esp** = Enfermeira Especialista

**Ex** = Exemplo

**HSM** = Hospital de Santa Marta

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PALOP** = Países de Expressão de Língua Portuguesa

**RN** = Recém-nascido

**RCEEESCJ** – Regulamento Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**SIP** = Saúde Infantil e Pediatria

**UCIPED** = Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos

## 0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio está inserido na Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, do 2º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, visa reflectir um percurso ao nível da aquisição de competências profissionais como enfermeira especialista de saúde da criança e do jovem.

O estágio decorreu no Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta, no período de 3 a 21 de Outubro de 2011, sob a orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) Teresa Pedro. Teve uma carga horária de vinte e cinco horas semanais.

O tema do projecto *“Comunicar com a criança e família na Transculturalidade”* justificou o *objectivo do estágio*, que era observar como é estabelecida a comunicação entre o enfermeiro, a criança e família nas diferentes culturas, quais as estratégias utilizadas quando existe dificuldade na comunicação.

Para o desenvolvimento de competências no cuidar da criança ,do jovem e família nas situações de maior complexidade comecei por conhecer a dinâmica e a organização do serviço. De acordo com orientadora de estágio, a entrevista informal com o Enfº Chefe, os *objectivos gerais do projecto*, a orgânica e a dinamização do serviço, elaborei os seguintes *objectivos para este campo de estágio*, os quais se apresenta de seguida:

- ❖ Observar e analisar o papel do enfermeiro especialista em relação à comunicação com a criança e família na transculturalidade;
- ❖ Desenvolver a actividade reflexiva acerca das aprendizagens, das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem no âmbito da patologia cardíaca;
- ❖ Adquirir contributos para a elaboração de relatório de estágio final;

Este relatório inicia-se pela contextualização do local de estágio, seguindo-se a descrição e análise das actividades desenvolvidas à luz das competências do enfermeiro especialista e aos *objectivos traçados* e, por último, as considerações finais, colocando ênfase alguns aspectos mais importantes.

# **1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital Santa Marta em Lisboa fica localizado no 2º piso da ala direita do referido hospital. Da resposta aos problemas de saúde na área da patologia cardíaca dos zero aos dezassete anos.

## **1.1 - HOSPITAL DE SANTA MARTA**

Antes de se considerar como um serviço hospitalar, o Hospital de Santa Marta era um convento, fundado no Séc. XVI. Iniciou funções ao serviço da saúde em 1890, tendo a designação de Hospício dos Clérigos Pobres. Destinava-se a acolher e cuidar das vítimas de uma epidemia de gripe. Mais tarde, em 1903, passou a funcionar como Hospital dependente do governo, com a finalidade de tratar doenças venéreas. Em 1910 foram-lhe atribuídas oficialmente as funções de Escola Médico Cirúrgica de Lisboa. Posteriormente, passou a denominar-se Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa. Desde 2002 que integra o Centro Hospitalar Lisboa Central, fazendo parte do Grupo de Instituições que transitaram para o novo modelo de gestão hospitalar (sociedade anónima – S.A.), mantendo-se integrado na rede pública de cuidados de saúde.

A instituição tem como missão o cuidado dos clientes da sua área de influência com eficiência, em tempo útil, promovendo a sua satisfação, respeitando a sua dignidade, encorajando as boas práticas e favorecendo a melhoria contínua da qualidade. O Hospital tem como missão o contínuo desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico-científico nas valências que integra, na qualidade da assistência prestada aos clientes e na excelência da gestão clínica, mediante a avaliação sistemática de procedimentos e resultados, numa lógica de transparência e de responsabilização. O\_Centro Hospitalar encontra-se ainda orientado para três vertentes: assistencial, de ensino e investigação na área da saúde, com acreditação e certificação desde 2006 Health Quality Service.

O Hospital dá resposta às solicitações feitas pelas Escolas Superiores de Enfermagem para a realização de estágios escolares, em diferentes estádios de aprendizagem, com intervenção, disponibilidade e envolvimento directo dos enfermeiros dos serviços.

## 1.2 - SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

Desde 1984 que a cardiologia pediátrica é constituída como especialidade autónoma. Esta evolução consubstanciou-se no afastamento da mesma especialidade dos Hospitais Pediátricos, com a tendência para o Modelo Europeu de Cardiologia Pediátrica. Construiu-se como uma especialidade técnica, cada vez mais autónoma da Pediatria Médica, significando a existência de uma interação permanente da cardiologia pediátrica com a cirurgia cardiotorácica e cardiologia de adultos, o que leva à racionalização (por utilização comum) de todo os recursos técnicos (nomeadamente das técnicas não invasivas e invasivas) e humanos (na criação de equipas altamente diferenciadas e especializadas).

O Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do HSM tem como objectivo primordial o diagnóstico e tratamento das doenças cardíacas nas idades pediátricas, que compreende o período da concepção à idade adulta.

Este serviço é constituído pela Enfermaria e pela Unidade de Cuidados Intermédios, possuindo uma lotação de nove camas distribuídas do seguinte modo: Enfermaria com seis camas, a Unidade de Cuidados Intermédios, com três incubadoras. Existem outras estruturas de apoio como a copa (onde se preparam os biberões de leite), uma casa de banho para as crianças e seus acompanhantes, uma sala de desinfecção. Seguidamente, existe um gabinete de enfermagem onde são realizados alguns procedimentos invasivos, o acolhimento da criança e família, preparação para a alta. Uma pequena sala de trabalho, onde se procede a preparação de terapêutica e, uma divisão, que constitui o gabinete do Enfermeiro Chefe.

Tem uma referenciação nacional difusa e internacional, focalizada nos Palop, sendo que a nível nacional houve um aumento da referenciação de RN com cardiopatia congénita, em particular do norte do país. As admissões ao Serviço são realizadas por uma Urgência referenciada e, ainda, pelos seguintes serviços: Cirurgia Cardiotorácica, UCIPED, Consulta Externa de Cardiologia Pediátrica, Consulta de Cooperação Internacional, Hemodinâmica e de outras unidades hospitalares.

Segundo dados de 2007, as admissões ao Serviço por faixa etária foram as seguintes: RN – 6%, Toddleres 31%, Pré-escolar 6%, Escolares / Adolescentes 47%. Por área de

proveniência, os dados apresentados são: Portugal 75,9%, PALOP's 22,2% (Brasil 1 criança, Cabo Verde 26 crianças, Guiné-Bissau 23 crianças, S.Tomé e Príncipe 3 crianças e Angola 1), outras 1,2% (Palestina 3 crianças, Suíça 2).

As patologias mais frequentes são doenças cardíacas congénitas classificadas do seguinte modo: Lesões obstrutivas (estenose aórtica, estenose pulmonar, coartação da aorta), lesões cianóticas (*Shunt* direito/esquerdo com diminuição do fluxo sanguíneo pulmonar (Tetralogia de Fallot, atresia da tricúspide, atresia da pulmonar) lesões acianóticas (*Shunt* esquerdo/direito com aumento do fluxo sanguíneo pulmonar, defeitos no septo), lesões mistas ou complexas (Transposição dos grandes vasos, Síndrome do Ventrículo esquerdo hipoplásico) e, ainda alterações electrocardiográficas (transitórias e permanentes).

Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por dezasseis enfermeiros (contabilizando o enfermeiro chefe e duas enfermeiras especialistas), nove médicos (dos quais quatro são internos de especialidade), sete assistentes operacionais, uma educadora de infância, duas secretárias de unidade, duas técnicas de cardiopneumologia e uma fisioterapeuta. O método de prestação de cuidados de enfermagem é o método individual de trabalho e o referencial teórico adoptado pelo Centro Hospitalar é o de Nancy Roper.

Durante o internamento as crianças têm direito ao acompanhamento de duas pessoas (normalmente os pais) no período diurno. No período nocturno só é permitido a permanência de um acompanhante na enfermaria. O período de visitas compreende o período entre as 12 e às 20 horas, exceptuando os cuidados intermédios (os pais podem permanecer durante o dia).

Existe uma sala de actividades onde as crianças (com excepção das crianças com indicação para repouso) desenvolvem actividades lúdicas com a ajuda da educadora. Reconhece-se o brincar como uma necessidade básica da criança que, para além de contribuir para o seu desenvolvimento harmonioso, facilita a vivência da hospitalização, desta forma há um reconhecimento do brincar. Para Carvalho e Begnis (2006) é uma actividade terapêutica actuando numa transformação do ambiente, do comportamento e, principalmente, da estrutura psicológica da criança, no decorrer do processo de recuperação da doença.

Este aspecto é uma das preocupações dos enfermeiros, observadas neste estágio, ao qual estão particularmente atentos, ajudando as crianças a ultrapassar o processo da hospitalização, com mais benefícios que prejuízos. Segundo Diogo e Valeriano (2001,p116) *“Brincar, fantasiar, imaginar permite à criança sair das portas do hospital, esquecer momentaneamente que está doente e confere-lhe experiências positivas de satisfação e alegria”*. E, deste modo adaptar-se ao processo de hospitalização.

Desde Abril de 2009, encontra-se anexado ao Serviço a Consulta de Cooperação Internacional, que tem como finalidade o acompanhamento de utentes evacuados, através dos acordos de Cooperação entre Portugal e os PALOP. Esta consulta é constituída por uma equipa multidisciplinar (um médico, uma enfermeira, uma assistente social, uma assistente operacional e um administrativo), funcionando às terças-feiras.

A Consulta de Cooperação Internacional tem como objectivo primordial a agilização e eficiência na abordagem desses clientes que, além de carecerem de apoio social, apresentam com frequência outras patologias, associadas. Por conseguinte, requerem apoio de outras especialidades médicas e contra-indicam a execução imediata dos procedimentos invasivos necessários ao tratamento da sua patologia cardíaca. O papel de enfermagem é crucial, no sentido da realização de um acolhimento adequado à criança e família, no diagnóstico precoce das necessidades dessas famílias e consequente orientação personalizada. A língua portuguesa é o veículo comum para o estabelecimento da comunicação. Quando a criança e família não dominam o português, a comunicação é estabelecida através um intérprete. Têm disponível um guia de acolhimento em crioulo, que contém informação sobre os direitos e deveres dos utentes durante a sua estadia em Portugal.

## **2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

A escolha deste campo de estágio foi sugerida pela Prof<sup>a</sup> orientadora do projecto, tendo em conta o elevado número de internamentos de crianças, jovens e famílias de diferentes culturas. Já conhecia o serviço (de modo sumario), ao realizar transferências de recém-nascidos da instituição onde trabalho para esta Unidade Hospitalar. Contudo não tinha

noção do elevado número de crianças, jovens e famílias oriundas de outras nacionalidades.

Foram seguintes objectivos gerais de acordo com o meu projecto:

- ❖ Desenvolver a actividade reflexiva acerca das aprendizagens, competências no cuidar da criança e família na transculturalidade;
- ❖ Observar o papel do enfermeiro especialista em relação à comunicação com a criança e família na transculturalidade;
- ❖ Adquirir contributos para a elaboração de relatório de estágio final;

Tendo em conta os seguintes objectivos específicos:

- 1 - Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta;
- 2 – Conhecer a estrutura física e o funcionamento da Consulta de Cooperação Internacional;
- 3 - Cuidar da criança, jovem e família de diferentes culturas com patologia cardíaca;
- 4 - Observar a abordagem realizada para uma comunicação eficaz nomeadamente no acolhimento, na preparação pré-operatória, no período pós-operatório e a preparação para a alta junto da criança e família de diferentes culturas;

Como resposta ao primeiro objectivo específico, comecei por compreender a organização e a dinâmica funcional do serviço. Para tal, comecei pela consulta de normas e protocolos do Centro Hospitalar (de acordo com a nova gestão hospitalar), a pesquisa sobre o Hospital com a finalidade de conhecer a sua história, missão e valores, assim como o funcionamento da articulação dos serviços dentro do Centro Hospitalar.

O Serviço Cardiologia Pediátrica é o único serviço de Pediatria deste Hospital, localizado geograficamente próximo de serviços de apoio, como a Hemodinâmica, Bloco Operatório e UCIPED. É um serviço fisicamente pouco espaçoso, com salas de apoio muito pequenas, quer para abarcar o equipamento de apoio à realização de exames de diagnóstico, quer para o apoio de cuidados de enfermagem (realização de vários procedimentos invasivos e não invasivos). Sendo uma enfermaria com três quartos, não permite uma vigilância adequada do cliente em situações hemodinamicamente mais

instáveis. Relativamente a sala de cuidados intermédios, esta possui melhores condições de vigilância, embora pequena é um espaço “aberto” (open space).

A minha integração foi gradual e facilitada pela enfermeira orientadora, pelo enfermeiro chefe do serviço e restante equipa de enfermagem, que se disponibilizaram para informar e esclarecer as questões por mim colocadas.

O segundo objectivo específico não foi totalmente concretizado por alterações do funcionamento da equipa de enfermagem. Com o aumento de internamentos de RN (nos últimos meses) houve a necessidade de ajustar os recursos humanos (equipa de enfermagem) às exigências dos cuidados a prestar. Por este facto, temporariamente foi suspensa o apoio da enfermagem à consulta de cooperação internacional, pelo que não foi possível conhecer a estrutura física da consulta.

No entanto, foi possível conhecer os objectivos e a intervenção da enfermagem, inserida numa equipa multidisciplinar.

Tive a oportunidade de analisar a intervenção da enfermagem nesta consulta, que engloba o acolhimento, educação para a saúde, orientação individualizada e encaminhamento. A orientação individualizada visa o levantamento das necessidades da criança e família, através da entrevista e a respectiva avaliação (E1.2) (OE, 2010). Após a avaliação é estabelecido um plano de cuidados, com a participação da criança e família (E1.1.1) (OE, 2010). O encaminhamento para outros profissionais, é realizado sempre que se justifique (E.1.2.2) (OE, 2010). Relativamente a educação para a saúde, esta é realizada a criança e família consoante as necessidades detectadas, de modo holístico e atendendo no seu contexto cultural. O Código Deontológico (OE, 2003), no seu artigo 81<sup>a</sup> alínea e) indica que o enfermeiro possui a responsabilidade de “*abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores, no âmbito da consciência e da filosofia de vida.*” Deste modo o conhecimento da cultura da criança e família é relevante, segundo Leininger citado por Tomey & Alligood (2004, p373) “*O cuidar cultural é a forma holística mais lata de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em enfermagem.*” E por conseguinte prestar um cuidado culturalmente competente.

Para dar resposta ao terceiro e quarto objectivo específico, nos cuidados intermédios (berçário) tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira orientadora nas situações em que a família se deparava com o diagnóstico de doença crónica. O cuidar em situações de maior complexidade, como é referido no RCEESCJ (E.2.), perante o diagnóstico de doença crónica a enfermeira orientadora deu início ao processo de capacitação da família (para a autonomia dos pais), em que colaborei no processo de promoção de adaptação a doença crónica (E.2.5.) e , na *“vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”* (E.3.2.) (OE, 2010).

A assertividade é uma estratégia de comunicação utilizada pela equipa de enfermagem, nomeadamente ao contactar o doente integrado na consulta de Percurso Integrado. Esta é realizada pelo Enfermeiro Especialista (Enf<sup>o</sup> Chefe ou o segundo elemento do serviço), em que a primeira consulta é realizada por telefone. Neste primeiro contacto telefónico é efectuada uma entrevista guiada em que se pretende saber qual a medicação que o utente tem em curso, informar o utente da necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico, como radiografia do tórax e análises de sangue e urina. Perante a disponibilidade da família (nomeadamente da localização geográfica), é marcado um dia para a realização dos referidos exames. Após os resultados é efectuado novo contacto (nessa altura o contacto é realizado pela administrativa) para a marcação do cateterismo e ou consulta. Sendo que para a realização do cateterismo o internamento é efectuado na véspera do exame. No dia do internamento é efectuado o acolhimento, altura em que se estabelece uma relação confiança/empatia com o cliente e família. Este processo tem início no preenchimento de um impresso (colheita de dados) em que consta os dados pessoais, antecedentes pessoais, familiares, história social, os hábitos de eliminação da criança. Após o preenchimento do impresso, a enfermeira dá início a uma visita guiada ao serviço, com a entrega do Guia de acolhimento, onde constam as normas do serviço. Também é o momento em que a criança, o jovem e família pode esclarecer as suas dúvidas e receios. Da criança, do jovem, que irá ser submetido a cirurgia cardíaca, o internamento é também concretizado na véspera, no período da manhã. Nesse dia, para além do acolhimento e da realização da exames complementares de diagnóstico, a enfermeira responsável pela criança no turno da tarde questiona os pais se estão interessados em conhecer a Unidade onde o seu filho/a irá permanecer imediatamente

após cirurgia. Se a resposta for afirmativa, o enfermeiro acompanha os pais à UCIPED, informando do percurso que o filho/a irá seguir durante o período de internamento na Unidade (B.3.1.).

A hospitalização e a cirurgia podem constituir experiências particularmente stressantes para a criança e família. Pela sua proximidade com a família e pelos seus conhecimentos diferenciados, o enfermeiro especialista tem a capacidade de prevenir, detectar e actuar tão precocemente quanto possível em situações de risco, contribuindo para uma evolução favorável da criança (E.2.5.2) (OE, 2010.)

Observei e participei com a minha orientadora na preparação para alta de crianças e jovens oriundas dos PALOP. É relevante o aspecto da comunicação nestas situações em que a barreira linguística é por vezes geradora de conflitos entre o enfermeiro e o cliente / família. Phaneuf (2005,p.10) refere que o “ *trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção*”, em que factores como a comunicação e a relação de ajuda são pilares importantes na humanização dos cuidados.

O primeiro aspecto a realçar na intervenção da enfermeira orientadora foi a negociação do período de maior disponibilidade por parte da família para a alta. O segundo aspecto apontado foi o confirmar dessa disponibilidade e a escolha de um local adequado (calmo, evitando possíveis interferências) para a educação para a saúde e a sua validação. O terceiro aspecto a mencionar é a utilização de uma linguagem pausada, clara e concisa (E.1.1.2) (OE, 2010).

O último aspecto a realçar foi a entrega de um impresso com informação da sua situação clínica para o Centro de Saúde (E.1.1.10.) e outro sobre a medicação oral. No impresso sobre a medicação oral está registado o contacto do serviço, a informação sobre as horas da toma da medicação por escrito (em várias línguas) e imagens coloridas da dosagem, que a criança deve tomar (anexo 1). Este impresso encontra-se em fase de reformulação no sentido de adequar a informação para a língua materna do cliente/ família. (E.3.3.) (OE, 2010).

A comunicação em saúde constitui um elemento essencial para melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, a satisfação do cliente /família, a adesão ao regime terapêutico, a

diminuição do “stress”, a compreensão da informação e por conseguinte o empowerment da criança, do jovem e família.

Assim sendo, pretendi neste estágio dar maior ênfase à observação do estabelecimento da comunicação entre a equipa de enfermagem e o cliente e família (de diferentes culturas), nomeadamente nos momentos que considere “chaves” como o acolhimento, a preparação para a cirurgia, a preparação para a alta, o reinternamento por falta de adesão à terapêutica. São momentos em que o enfermeiro tem de estabelecer uma comunicação assertiva, de forma que a mensagem a transmitir seja entendida pelo receptor. Por vezes não é fácil perante a barreira linguística, diferentes crenças e valores. Citando Ramos (2009,p.70) “ *peessoas de culturas ou subculturas diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, conflitos e dificuldades de comunicação.*” No sentido de ultrapassar as dificuldades de comunicação é necessário recorrer a estratégias de comunicação adequadas para cada situação, como a utilização de uma linguagem de acordo com o desenvolvimento cognitivo (da criança, do jovem e família), a um intérprete, à comunicação não-verbal (o silêncio, linguagem gestual se necessário).

Tive a oportunidade de acompanhar uma mãe a conhecer o percurso que o seu filho iria recorrer após cirurgia. A língua materna da mãe era o crioulo, dominando mal o português. Aquando da visita à UCIPED e após a informação fornecida pela enfermeira da unidade reparei na face amedrontada da mãe, com lágrimas no rosto. Nessa altura, questioneei-a se estava a compreender a informação transmitida pela enfermeira e a resposta dada foi um oscilar da cabeça como de negação. Em conjunto com a enfermeira da unidade, optámos por falar de modo pausado, frases curtas e, para validar a informação, pedi à mãe para transmitir em crioulo o que tinha entendido. Deste modo conseguimos transmitir a informação necessária e no final reparei na expressão mais calma da mãe. Segundo Purnell & Paulanka (2010,p.1) “ *a forma como a informação é utilizada poderá deferir significativamente com base na disciplina, experiências pessoais, e circunstâncias específicas do prestador e do receptor de cuidados.*” Para a concretização de uma comunicação eficaz.

Deste modo desenvolvi competências relacionais e humanas uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção (A1), bem como, o promover a protecção dos direitos humanos (A.2.1) (OE, 2010).

### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estágio constitui uma unidade integradora de todas as Unidades Curriculares desenvolvidas ao longo do percurso académico. A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão sobre as aprendizagens realizadas, no sentido do desenvolvimento pessoal e profissional, estimulando um “*querer saber*” dinâmico e presente. O saber construir uma “ponte” para a partilha de informação, os cuidados centrados na família, os cuidados atraumáticos, o estabelecer a parceria de cuidados com a criança e família, no sentido da melhoria dos cuidados de enfermagem, facultou o desenvolvimento de competências no campo de acção do enfermeiro especialista. Relativamente aos cuidados centrados na família, foram desenvolvidos pela informação e capacitação da mesma, nomeadamente na presença do diagnóstico de doença crónica. Os cuidados atraumáticos foram prestados pela utilização de medidas farmacológicas (aplicação de EMLA) e não farmacológicas (como o brincar).

A enfermagem é uma profissão de ajuda logo nós, enfermeiros, não nos podemos limitar a ser bons técnicos. Devemos preocupar-nos com a criança, o jovem e a família numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possuem. Watson (2002) defende um maior conhecimento de nós próprios para que possamos ajudar o outro numa relação profissional e, simultaneamente, a abertura ao mundo, à diversidade para que como enfermeiros possamos compreender o campo fenomenológico da pessoa que cuidamos.

É de salientar a larga experiência desta equipa de enfermagem no cuidar da criança e família de diferentes culturas, que permite com maior agilidade na detecção das necessidades, a orientação individualizada e o seu encaminhamento.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, A.; BEGNIS, J.( 2006) – Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicologia em Estudo**, 11:1, p. 1
- FESTAS, C. (1994) – Valorizar as expressões da criança durante a hospitalização. **Servir**. ISSN0871/2370. 42:6, p. 323-327;
- LOPES José Reis, et al (2009) – **Multiculturalidade – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar**. Loures. Lusociência, ISBN: 978 -972 – 8930-45-5;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**; Acedido a 27 de Julho de 2011  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; acedido a 27 de Julho de 2011  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação**; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
- PURNELL, Larry, D., PAULANHA, Betty J. – **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente**. 3ªEd.,Loures Editora, 2010. ISBN 978-989-8075-28-4;
- RILEY, Julia Balzer (2004) – **Comunicação em Enfermagem**; Edição ; ISBN: 978-972-8383817;
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile, (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem: Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade**, 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um Novo Paradigma da Enfermagem**. Loures: Lusociência; p. 298; ISBN 972-8383-37

VALERIANO, J.; DIOGO, P. (2001) - O brincar: actividade de desenvolvimento e de adaptação à vida. **Servir**. ISSN 0871/2370. 49:3, p.110-116.

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

Mês	Outubro														
Semana	1ª semana			2ª semana				3ª semana							
Dias	3	4	5	6	7	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21
Actividades Planeadas															
Observação da dinâmica do serviço/consulta dos manuais e protocolos do serviço															
Pesquisa bibliográfica															
Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família de diferentes culturais com patologia cardíaca															



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIATRICA DO CENTRO HOSPITALAR  
BARREIRO – MONTIJO

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO



Aluna: 3559

Joaquina Antunes

Barreiro

Novembro, 2011

“O que não provoca a minha morte faz com que eu fique mais forte.”

Friedrich Nietzsche

## ÍNDICE

pág

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	5
<b>1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO</b>	6
<b>1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b>	6
<b>2-DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	7
<b>3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	11
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	12

## **SIGLAS**

**CHMB** = Centro Hospitalar Montijo Barreiro;

**EESIP** = Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica;

**HGO** = Hospital Garcia de Orta;

**HSM** = Hospital Santa Maria;

**HDE** = Hospital Dona Estefânia;

**HB** = Hospital do Barreiro

**RCEEESCJ** – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**RCCEE** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

## **0 - INTRODUÇÃO**

O presente relatório tem como principal objectivo a descrição sistemática da experiência vivenciada no Estágio de Enfermagem da Criança e Jovem, que decorreu no Hospital do Barreiro no Serviço de Urgência de Pediatria. O processo de aprendizagem, desenvolvido ao longo deste Estágio teve como referência os objectivos pessoais descritos no guia de estágio (Anexo III).

Esta reflexão foi desencadeada pela situação vivenciada neste percurso da minha aprendizagem, com referência a alguns autores estudados. Este relatório tem como objectivos:

- Desenvolver a actividade reflexiva acerca da aprendizagem, competências e progressos desenvolvidos;
- Analisar e reflectir a cerca dos objectivos pessoais e actividades desenvolvidas neste estágio;
- Contribuir para a realização do relatório final;

A experiência vivenciada neste estágio está ligada ao tema da morte. Efectivamente este tema é de difícil abordagem, falar sobre a morte pode nos trazer receio, angústia e resultar numa das seguintes hipóteses: rejeitar o assunto ou reflectir sobre a mesma. A segunda hipótese foi a escolhida o que me facilitou compreender os meus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da morte.

Outro momento de aprendizagem foi o estudar as concepções culturais do processo de morte, numa outra cultura, possibilitou o compreender as minhas atitudes e acções relacionadas com o meu quotidiano profissional.

O relatório está dividido em três partes: na primeira parte é feita a contextualização do local de estágio, na segunda corresponde ao desenvolvimento e análise crítica das actividades realizadas, a sua pertinencia e as dificuldades sentidas. Na terceira parte descrevo algumas considerações finais com ênfase nos aspectos mais significativos. No final apresento os anexos, a reflexão sobre a situação vivenciada e restantes documentos que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

A metodologia utilizada foi a descritiva, recorrendo à pesquisa bibliográfica, quer em suporte físico, quer em suporte informático.

## **1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO-MONTIJO**

O Centro Hospitalar Barreiro- Montijo, EPE foi criado pelo Decreto -Lei nº280/2009, integrando o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital do Montijo. O Hospital do Barreiro é constituído por trinta cinco valências clínicas e presta assistência ao nível do internamento, consulta externa, urgência, hospital de dia, assistência domiciliária e assegura vários meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Possui uma área de abrangência que abarca os concelhos da Moita, Montijo, Alcochete e Barreiro, assistindo uma população de cerca da 200mil habitantes segundo o Censo de 2001. Esta instituição hospitalar tem como filosofia: hospital de excelência para a comunidade e uma referência nacional, a sua missão passa por assegurar os cuidados de saúde ao nível da promoção, prevenção, educação, tratamento e reabilitação, garantindo a equidade e a qualidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua. Visa de forma sistemática, a satisfação dos clientes, dos profissionais e da comunidade, respeitando o ambiente e procurando sinergias com outras instituições. Tem como valores institucionais o humanismo, a inovação, o profissionalismo, a eficiência e a responsabilidade.

### **1.1 -CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital no Barreiro fica situado no piso 1 na ala direita do edifício central. Dá resposta as situações de urgência e emergência na área da patologia pediátrica médica e cirúrgica dos zero aos dezassete anos. As patologias mais frequentes são as infecções urinárias, infecções respiratórias e infecções gastrointestinais. Nas situações de emergência em que, são necessários cuidados diferenciados e especializados (como por exemplo o suporte ventilatório, técnicas dialíticas), a criança, o jovem é transferido para um Hospital diferenciado (HGO, HSM ou HDE), que esteja disponível para receber a criança/jovem.

Este serviço é constituído por quatro gabinetes de observação médica, um gabinete de triagem uma sala de reanimação e uma sala de aerossóis; a seguir aos gabinetes médicos funciona uma Sala de Observação (SO) e um WC para os clientes. As unidades no SO estão distribuídas do seguinte modo: três camas para adolescentes e sete camas para as restantes idades. No SO não há sala de trabalho de enfermagem, esta resume-se a uma mesa de apoio e um armário onde é guardada a medicação e restante material

necessário para a prestação dos cuidados. Existe ainda uma copa, um gabinete da enfermagem coordenadora e um quarto para o médico.

Por estar em processo de reavaliação não foi possível consultar a missão e os objectivos do serviço. Os enfermeiros são catorze dos quais quatro são especialistas, cinco enfermeiros graduados e os restantes cinco são generalistas. Das quatro enfermeiras com especialização em Saúde Infantil e Pediatria, duas asseguram o turno da manhã e ainda coordenam o serviço no que diz respeito a gestão dos recursos materiais e a gestão dos cuidados. Em relação à restante equipa multidisciplinar, esta é constituída por dois pediatras, dois médicos de clínica geral e cinco assistentes operacionais. A gestão dos recursos humanos é efectuada pela Enfermeira Chefe, que simultaneamente coordena os restantes serviços de Pediatria (neonatologia, internamento, consulta externa e Hospital de dia). O método de prestação de cuidados de enfermagem é o método individual de trabalho.

## **2- DESCRIÇÃO E ANALISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

A escolha deste campo de estágio assentou na minha determinação em conhecer uma realidade diferente do meu quotidiano profissional, atendendo ao conhecimento prévio (ao realizar transporte de doentes intra-hospitalar), do número de clientes de diferentes culturas que recorrem a esta Unidade Hospitalar. E ainda o adquirir novas competências como: relacionais e humanas, bem como, o partilhar experiências, o conhecer a articulação com os vários serviços, no sentido de virem a constituir uma mais-valia para prestar melhores cuidados à criança, jovem e família na transculturalidade.

Foram definidos os seguintes objectivos gerais de acordo com o meu projecto:

- ❖ Reflectir sobre as aprendizagens, competências no cuidar da criança e família na transculturalidade,
- ❖ Observar e analisar o papel do enfermeiro especialista em relação à comunicação com a criança e família na transculturalidade;
- ❖ Adquirir contributos para a elaboração de relatório de estágio final;

Os seguintes objectivos específicos:

- 1- Conhecer a estrutura física e organizacional do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital do Barreiro;
- 2- Observar a abordagem realizada pela enfermeira à criança e família de diferentes culturas na Urgência Pediátrica de um Hospital Distrital;
- 3- Conhecer as principais dificuldades sentidas pela enfermeira na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas;
- 4- Identificar as necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura;
- 5- Adquirir estratégias de comunicação com o cliente e família de diferentes culturas;
- 6- Conhecer os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem e a criança e família de diferentes culturas;
- 7- Colaborar nos cuidados globais e especializados a prestar à criança e família;

Como resposta ao primeiro objectivo específico, comecei por compreender a organização e a dinâmica funcional do serviço, através de uma visita guiada na companhia da Enfermeira Chefe. A sua disponibilidade contribuiu para o conhecimento do funcionamento e da articulação dentro do Serviço de Pediatria. Consultei as normas e protocolos sobre o serviço e efectuei uma pesquisa sobre o Hospital com a finalidade de conhecer a sua história, missão e valores.

É um serviço fisicamente pouco espaçoso, com salas muito pequenas, quer para abarcar o equipamento de apoio, quer para a prestação de cuidados de enfermagem (realização de vários procedimentos invasivos e não invasivos).

A minha integração foi gradual e facilitada pela enfermeira orientadora, pela enfermeira chefe do serviço e restante equipa de enfermagem, que se disponibilizaram em informar e esclarecer as questões por mim colocadas.

O segundo e terceiro objectivos específicos foram de facto importantes, quer na observação da abordagem, quer no conhecimento das dificuldades sentidas pela

enfermeira na prestação de cuidados à criança e família na transculturalidade. Perante o que me foi possível observar, concretamente, na dificuldade de comunicação com a criança e família de uma diferente cultura passa, em algumas das situações pelo etnocentrismo do pessoal de enfermagem.

Elaborei um folheto informativo com o objectivo de facilitar a comunicação e, por conseguinte, o acolhimento que constitui a base de relação empática ou de ajuda entre o enfermeiro e o cliente. A comunicação é o instrumento pilar para o início de uma relação de ajuda e o estabelecimento de uma parceria com o cliente e família. Segundo Phaneuf (2005,p.13) “ (...) a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados”, assim como a sua eficácia.

No folheto constam os contactos da linha telefónica dos intérpretes e mediadores socioculturais, no sentido de possibilitar que os imigrantes se possam exprimir e serem informados na sua língua materna e, ainda os diferentes locais na área do Distrito de Setúbal onde podem resolver problemas burocráticos ligados a sua legalidade no país. Dei a conhecer a existência do Centro de Apoio ao Imigrante (CNAI) e o seu funcionamento.

Quanto ao quarto objectivo foi concretizado através das entrevistas semi- estruturadas às famílias de diferentes culturas em que a barreira linguística constitui o principal problema identificado. Segundo Phaneuf (2005,p.10) o “ *trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção*”, em que factores como a comunicação e a relação de ajuda são pilares essenciais no cuidar na enfermagem.

Outro problema identificado foi a necessidade da existência de um mediador sociocultural para melhor acolher a informação fornecida pelos profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros na triagem. Neste sentido, é de notar o que a OE (2001, p.5) menciona sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem “ *os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...).*” Ou seja os cuidados de enfermagem devem ser singularizados e enquadrados na cultura do cliente.

Em relação ao quinto e sexto objectivo eles são concretizados através do folheto informativo e neste contexto é de mencionar Purnell & Paulanka (2010,p.7) “ *desenvolver relações pessoais, mutuamente gratificantes, com diversos grupos culturais, implica a existência de boas competências interpessoais e aplicação de conhecimentos e técnicas aprendidas a partir das ciências físicas, biológicas e sociais, bem como da área das humanidades.*” Só através do conhecimento da cultura do outro, o enfermeiro poderá prestar cuidados culturalmente competentes.

Sobre o último objectivo foi parcialmente concretizado pois o tempo de estágio foi curto e durante esse período sómente tive oportunidade de colaborar na triagem, uma vez não havia crianças internadas no SO.

Em colaboração com a enfermeira orientadora, considero ter desenvolvido uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção (A1), e promovido a protecção dos direitos humanos (A.2.1) (OE, 2011), no que concerne ao respeito pelo outro, a sua autonomia.

Por último é de realçar uma das actividades a que tive a oportunidade de assistir e que superou as minhas expectativas: as IV Jornadas organizada pelo Serviço de Pediatria do Hospital do Barreiro sobre o lema “ Uma viagem na terra dos sonhos” cujo principal objectivo foi o de reflectir sobre a importância da convenção dos direitos da criança.

Descrevo algumas das temáticas, seleccionadas pela organização, que considero importantes no contexto actual da Pediatria concretamente: a Ética no Cuidar em Pediatria, a dinâmica das relações da rede inter-hospitalar na criança vítima de maus tratos na cidade do Barreiro, o núcleo hospitalar de apoio a criança de jovens em risco, os factores de risco na adolescência, prevenção do internamento em pedopsiquiatria, o direito aos serviços de saúde, à não discriminação e a brincar.

Para além das temáticas apresentadas foi interessante conhecer projectos já desenvolvidos (no Serviço de Neonatologia como por exemplo: o Cantinho da amamentação e o Método de Canguru), e ainda, o “projecto de terapias complementares” em fase embrionária da sua implementação de pela a associação de reiki e da Unidade da Dor.

### **3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para finalizar realço a “baixa” expectativa que tinha em relação a este campo de estágio em termos de aprendizagem, isto é, percepcionava esta Unidade Hospitalar “menor” por não possuir todos os recursos tecnológicos e humanos, nomeadamente o Serviço de Urgência Pediátrica comparativamente à Unidade Hospitalar onde exerço a minha actividade profissional. No entanto, a minha opção por este campo de estágio, como já referi, teve em conta a minha determinação em conhecer uma realidade diferente do meu dia-a-dia profissional.

Obviamente que não apreendi novas técnicas ou procedimentos, mas o que constatei foi o de uma realidade de um Hospital Distrital, que superou as minhas expectativas em relação ao empenho profissional dos enfermeiros. Concretizando essas expectativas, a primeira foi a determinação na implementação no Serviço de Urgência Pediátrica e, conseqüentemente, de todo o Serviço de Pediatria do Despacho nº 9871/2010, que estabelece o Alargamento da Idade Pediátrica até aos dezoito anos. Constitui o primeiro Hospital (com excepção do Hospital de Estefânia) da Zona Sul do país a implementar o Despacho atrás mencionado. Essa determinação passou pelos esforços em conjunto da equipa multidisciplinar em reabilitar o espaço da Urgência Pediátrica (por si pouco espaçoso para a população que ocorre), concebendo um espaço próprio para os adolescentes através da pintura efectuada pelos próprios profissionais.

Outro aspecto que superou as minhas expectativas foi a criação pelos enfermeiros de um protocolo para a triagem, que faz a articulação da triagem de Manchester e a Linguagem CIPE que, no decorrer do meu estágio estava a ser implementada. Posteriormente será a implementação na triagem da linguagem CIPE, estando já constituído o grupo de trabalho para o seu desenvolvimento. É de louvar a motivação em implementar um protocolo de triagem diferente dos hospitais próximos da área de abrangência, que este vai ao encontro das necessidades levantadas pelos profissionais de enfermagem.

É de salientar uma das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros no Serviço trata-se de uma reunião de enfermagem que é efectivada uma vez por mês com a apresentação e discussão de um estudo de caso (que foi significativa para a equipa).



Comparativamente ao meu Serviço, inserido numa Unidade Hospitalar de terceira geração a formação está esquecida concretamente em temáticas actuais como por exemplo: as terapias de enfermagem comuns e complementares, a multiculturalidade. Concretamente a “visão turva” que tinha sobre os “Hospitais Distritais” ficou efectivamente

colocada de parte e, concluo o que não devemos fazer juízos de valor sem conhecer a realidade em questão.

Apesar da larga experiência da equipa de enfermagem no cuidar da criança, do jovem e da família de diferentes culturas, senti que ainda há percurso a percorrer no sentido de afastar o etnocentrismo de alguns elementos da equipa. O etnocentrismo cria uma barreira no estabelecimento de uma relação interpessoal e, conseqüentemente, dificuldade na comunicação. O etnocentrismo conduz-nos unicamente ao nosso mundo, esquecendo que estamos “ a residir numa aldeia global”. O nosso mundo não é único, existem outras realidades provavelmente idênticas às nossas e, ao abrir os nossos horizontes, podemos encontrar um equilíbrio entre o nosso mundo e do outro. Tomey & Alligood (2002,p. 567)mencionam que,“(…) prevê que para a enfermagem ser significativa e relevante para os clientes e outras enfermeiras, o conhecimento e as competências de enfermagem transcultural serão imperativos para orientar todas as decisões e acções de enfermagem para resultados bem sucedidos e eficazes.” Penso que o futuro da enfermagem passa obrigatoriamente por prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

Para finalizar a enfermagem é uma profissão também de ajuda logo nós, enfermeiros, não nos podemos limitar apenas a técnica. Devemos preocupar-nos com a criança, o jovem e família numa perspectiva holística, ajudando-os a enfrentar os seus problemas ou a sua situação de crise, com todos os recursos que possuem. Watson (2002) defende um maior conhecimento de nós próprios para que possamos ajudar o outro numa relação profissional e, simultaneamente, a abertura ao mundo, à diversidade para que como enfermeiros possamos compreender o campo fenomenológico da pessoa quem cuidamos.

#### **4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

-  CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006) – **Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Lusociência, ISBN972-9897-54-3;
-  DESPACHO 9871/2010 **DR II Série**. 112 (2010-06-11) 32123;

-  DIOGO, Paula M.J. (2006) – **A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Perspectiva Emotivo Vivencial da Prática de Cuidados**. Coimbra; Redhorse; ISBN 972 -8485-70-0;
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**; [em linha]; Acedido a 27 de Julho de 2011;Disponível em:  
  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; [em linha]; acedido a 27 de Julho de 2011  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
-  PATRONILHO, António Manuel (2008) - A Pessoa Humana no Contexto dos Cuidados; **Dissertação de Mestrado em Filosofia Especialização em Bioética**; Universidade Católica de Braga;
-  PHANEUF, Margot, (2005) – **Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação**; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
-  - PURNELL, Larry, D., PAULANHA, Betty J. (2010) - **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente**. 3ªEd.,Loures Editora, 2010. ISBN 978-989-8075-28-4;
-  - RILEY, Julia Balzer (2004) – **Comunicação em Enfermagem**; Edição ; ISBN: 978-972-8383817;
-  - TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**: 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;
-  - WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma teoria de enfermagem**; Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-33-9

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

ACTIVIDADES PLANEADAS		
Mês:	1ª Semana	2ª semana
Novembro	14, 15,16,17,18	21,22,23,24,25
Observação da dinâmica do serviço		
Prestação de cuidados à criança e família, no âmbito do serviço de urgência		
Pesquisa bibliográfica		
Elaboração do folheto		

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM  
CENTRO DE APOIO AO IMIGRANTE



Aluna: 3559

Joaquina Antunes

Lisboa

Dezembro, 2011

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao tamanho original."

Albert Einstein

## ÍNDICE

pág

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	5
<b>1 - BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CNAI</b>	6
<b>2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	8
<b>3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	11
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	12

## **SIGLAS**

**ACIDI** = Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural;

**ARSLVT** = Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

**CNAI** = Centro de Apoio ao Imigrante;

**RCEEESCJ** – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**RCCEE** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

**SEF** = Serviço de Estrangeiros e Fronteiras;

**SNS** = Serviço Nacional de Saúde;

**ONG'S** = Organizações Não Governamentais

**CLAII** - Centros Locais de Apoio à Integração de Imigrantes

## 0 – INTRODUÇÃO

Este relatório tem como principal objectivo a descrição da minha experiência durante o Estágio de Enfermagem da Criança, do Jovem, que decorreu no gabinete da Saúde do CNAI em Lisboa. O processo de aprendizagem desenvolvido ao longo deste Estágio teve como referência os objectivos pessoais descritos no guia e inserido no tema do projecto *“Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade”*

A opção deste campo de estágio teve como actividades a observação e apreender o trabalho desenvolvido pelo Gabinete da Saúde do CNAI (Centro de Apoio ao Imigrante), a sua importância no contexto dos cuidados de saúde prestados ao imigrante e, por último, adquirir contributos para o meu projecto enquanto aluna da especialidade.

Portugal, outrora um país de emigração, com diásporas portuguesas espalhadas por todo o mundo, acabou por se tornar, hoje, num país de acolhimento de uma população proveniente de outros países. A entrada de Portugal na CEE (Comissão Económica Europeia) em 1986, conduziu a mudança e ao crescimento do país, tornando-se Portugal num local de imigração do cidadão europeu e proveniente de outros lugares do globo, tais como, o indiano, chinês, brasileiro, africano, etc. Perante este fenómeno, os enfermeiros não podem ficar indiferentes nem alheios a toda a problemática, que envolve o fenómeno da imigração. Assim, os enfermeiros devem empenhar-se neste contexto psicológico e filosófico, e de amplitude cultural, de modo a darem cada vez mais e melhor uma resposta adequada às necessidades daquela população algumas vezes fragilizada e perdida.

Compreender e aceitar o outro, dando resposta às suas necessidades particulares e, tão singulares é condição essencial para uma boa prática de cuidados de saúde. Deste modo, os enfermeiros devem estar alerta no que se refere à identificação, às políticas e às estratégias de saúde de modo a que respondam adequadamente àquelas necessidades. Como refere Ramos (2009,p.68) *“estas problemáticas vêm colocar novos desafios às estratégias e às políticas do século XXI, no que diz respeito à gestão da comunicação, em particular da comunicação intercultural e da comunicação em saúde, das identidades e dos conflitos, bem como, à gestão das interacções entre o Eu e o Outro, entre o universal e o singular.”* Prestar cuidados de saúde é estar atento e disponível às particularidades da pessoa fragilizada. Ora, o respeito pela dignidade humana é um imperativo em saúde. E, neste caso concreto, os enfermeiros necessitam de um conhecimento cada vez mais aprofundado, adequado e diversificado, nomeadamente no contexto da diversidade

cultural. Tal conhecimento ajudá-los-á inquestionavelmente, a humanizar os cuidados no horizonte da dignidade humana.

A UNESCO (2002) na Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural no seu artigo 5º assegura que *“os direitos culturais são parte integrante dos direitos humanos, que são universais, indissociáveis e interdependentes.”* De facto, a presente cláusula está em consonância, com a Declaração Universal de Direitos Humanos.

Este trabalho está dividido em três partes: na primeira é feita a contextualização da instituição onde se desenvolveu o estágio, em seguida as actividades realizadas pela instituição. Na terceira parte descrevo algumas considerações finais com ênfase nos aspectos mais importantes.

## **1 – BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ACIDI / CNAI**

O Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI) é um Instituto Público integrado na administração do Estado, em directa dependência do Gabinete do Primeiro-Ministro. Uma estrutura interdepartamental de apoio e consulta do Governo em matéria de imigração e minorias étnicas. Tem como missão colaborar na concepção, execução e avaliação das políticas públicas transversais e sectoriais relevantes para a integração dos imigrantes e minorias étnicas, bem como o promover o diálogo entre as diversas culturas etnias e religiões. A sua missão específica encontra-se consagrada no Decreto-Lei nº167/2007de 3 Maio.

O ACIDI possui várias parcerias para dar respostas aos vários projectos que tem em desenvolvimento, com os seguintes princípios:

- A igualdade (o reconhecer e garantir os mesmos direitos e oportunidades);
- O diálogo (a promoção de uma comunicação efectiva);
- A cidadania (o promover a participação no exercício dos direitos e deveres). A hospitalidade (o saber acolher a diversidade). A interculturalidade, ( enriquecer culturalmente no encontro das diferenças ) A proximidade (encurtar as distâncias para conhecer e responder melhor) e a iniciativa (a atenção e a capacidade de antecipação).

O Centro de Apoio ao Imigrante (CNAI) é uma organização estatal dependente do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. A nível nacional existem três centros do CNAI, localizados no Porto, em Faro e Lisboa que, por sua vez, articulam com os diversos CLAI. Estes contactam com o gabinete da saúde (CNAI de Lisboa), no esclarecimento de dúvidas, ainda que não tenham um papel específico na saúde.

O CNAI de Lisboa fica localizado num edifício constituído por três andares e uma cave, onde está situado o serviço de tradução telefónica. No primeiro piso estão situados vários ministérios: Educação, Saúde, Justiça, Administração Interna (representado pelo SEF), Negócios Estrangeiros, Trabalho e da Segurança Social e ainda um Gabinete da Defesa do Consumidor Imigrante. Para além destes ministérios existem outros espaços como uma instituição bancária (ligada ao aparelho estatal), uma biblioteca (com uma vasta obra ligada a temática da imigração), um espaço para reuniões/ formação de pares, um pequeno refeitório e, por último, um espaço onde as crianças podem desenvolver actividades lúdicas com o apoio de uma animadora sócio- cultural, enquanto aguardam pelos pais. No segundo andar ficam situados os serviços administrativos do CNAI (como, por exemplo, o gabinete da Alta Comissária do ACIDI).

Os profissionais que fazem o atendimento aos imigrantes são na sua maioria, imigrantes, o que facilita a comunicação e a ultrapassar as barreiras culturais e religiosas.

O Ministério da Saúde está representado pelo gabinete da Saúde sobre a tutela da ARSLVT de Lisboa. Constitui o único gabinete da saúde a nível nacional. Nesse gabinete exercem funções três enfermeiros, sendo que a enfermeira coordenadora é especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Tem como objectivos:

- Informar os imigrantes dos direitos e deveres no acesso de saúde aos cuidados de saúde, assim como a adequada utilização do SNS;
- Identificar os problemas de acesso dos cidadãos ao SNS;
- Sensibilizar a comunidade imigrante para hábitos de vida saudáveis;
- Participar em estudos científicos e outras actividades realizadas por instituições académicas;
- Denunciar eventuais situações de recusa a prestação de cuidados;

- Desenvolver acções de formação dirigidas aos profissionais de saúde do SNS sobre o enquadramento legal do acesso por parte do cidadão estrangeiro.

## **2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

As actividades desenvolvidas foram determinadas pelos objectivos gerais e específicos para este estágio:

Como objectivos gerais:

- Desenvolver a actividade reflexiva acerca das aprendizagens, competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem;
- Adquirir contributos para a realização do relatório final.

Os objectivos específicos:

- Conhecer a estrutura física e organizacional do CNAI nomeadamente do gabinete da saúde;
- Observar a abordagem realizada pela enfermeira à criança e família de culturas diferentes neste gabinete;
- Identificar as dificuldades da família imigrante ao acesso à saúde;

### **1 - Conhecer a estrutura física e organizacional do CNAI nomeadamente do gabinete da saúde**

Para concretizar o primeiro objectivo comecei por compreender a organização e dinâmica funcional do gabinete da saúde. Foi realizada uma visita guiada por uma das enfermeiras, pelo CNAI (aos vários departamentos). Esta permitiu o conhecimento do funcionamento e da sua articulação interna assim como da articulação externa com as várias instituições de saúde e educação com as quais têm parcerias.

Como este gabinete está directamente sob a tutela da ARSLVT, o mesmo funciona como o “observatório” dos imigrantes, no que concerne ao seu acesso a saúde.

A minha integração foi gradual e facilitada pelas enfermeiras, com partilha de experiências e discussão dos casos, que surgiram neste período.

## **2 - Observar a abordagem realizada pela enfermeira à criança e família de culturas diferentes;**

Este objectivo à sua concretização foi facilitado pela apreensão dos conteúdos legais referentes à lei de imigração, no que concerne ao acesso a saúde por parte dos mesmos, nos protocolos internacionais entre Portugal e os PALOP na área da saúde no acesso à saúde da criança e do jovem em situação irregular em Portugal.

A abordagem realizada pela enfermeira é personalizada, com um tom de voz pausada e calma. Por vezes, a barreira linguística é um obstáculo a comunicação. No entanto a enfermeira avalia a situação e, se necessário, contacta o intérprete da língua materna do imigrante.

Segundo Ramos (2009,p.73), o “ *papel do tradutor ou de um substituto favorece, por um lado, o acolhimento do doente, dando-lhe alguma segurança e fazendo-o sentir-se compreendido (...).*” Sendo que, os intérpretes devem possuir treino na área da saúde, sempre que possível recorrer a intérpretes do dialecto específico em causa e, durante a avaliação da situação, dirigir as questões ao cliente/ família e não ao intérprete, familiares e amigos ou crianças deve ser evitada (Purnell & Paulanka,2010)

Observei no cuidado da enfermeira ao iniciar o atendimento, no conhecer o país de origem do imigrante, o tempo de residência em Portugal. Estas questões colocadas pela enfermeira tiveram o objectivo de enquadrar o cliente numa matriz cultural e, por conseguinte, dar uma resposta ajustada às suas necessidades.

Com este objectivo desenvolvi:

- Competências humanas, no que concerne ao promover a protecção dos direitos humanos ( A2.1); no promover o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação (A2.1.2); no promover a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de enfermagem; o reconhecer e aceitar os direitos dos outros (A2.1.3);
- Desenvolvimento do auto-conhecimento e a assertividade ( D1);

### **3 - Identificar as dificuldades da família imigrante ao acesso à saúde;**

As principais dificuldades por parte da família imigrante, no acesso a saúde estão ligadas ao desconhecimento da legislação, na barreira linguística, cultural, religiosas, no analfabetismo, nas situações de irregularidade (a residirem em Portugal na ilegalidade), as situações de discriminação racial..

Relativamente a barreira linguística, vários autores indicam que a primeira dificuldade do imigrante nas instituições de saúde verifica-se no acolhimento, quer nas questões burocráticas quer no insuficiente conhecimento da língua da sociedade de acolhimento e ao analfabetismo. (RAMOS,2001, MACHADO & BÄCKSTRÖM,2009). No entanto, neste gabinete a barreira linguística é ultrapassada pela existência de intérpretes, quer através da linha telefónica, quer presencial no gabinete (quando solicitado) um veículo facilitador na comunicação.

Quanto às barreiras culturais e religiosas, estas são ultrapassadas com a colaboração das associações dos imigrantes e a integração de profissionais de saúde de outras nacionalidades nos serviços. Citando Ramos (2008, p.100) *“Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interacção diferem segundo as culturas e sub-culturas e, assim, o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos”*. Assim, é necessário que o profissional de saúde esteja atento a estes aspectos, devendo, para isso, inclui-los na sua forma de cuidar e compreendendo, assim a complexidade de que está imbuído um cuidado culturalmente congruente.

O desconhecimento da legislação na maioria das vezes está associada ao analfabetismo por parte do imigrante, bem como o facto do mesmo se encontrar em situação irregular no país. Nestes casos, o enfermeiro faz a avaliação do problema e procede ao encaminhamento.

Este objectivo permitiu o desenvolvimento:

- Competências comunicacionais, nomeadamente no aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família (E1.1.2);
- Competência da criação de um ambiente terapêutico e seguro; no domínio da melhoria da qualidade, no sentido de promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança da pessoa (B3.1.1);

Para além dos objectivos atrás mencionados elaborei (em conjunto com outra colega) sobre os princípios e objectivos do ACIDI e do Gabinete da Saúde, integrando a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger.

### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste campo de estágio adquiri competências significativas para o meu projecto e, consequentemente para a minha aprendizagem pessoal e profissional. Sendo os factores culturais francamente mutáveis, quer no tempo, quer mesmo nas gerações, acredito que, aprendendo eu a reflectir sobre questões como a multiculturalidade, estas me irão permitir um maior afastamento do meu etnocentrismo e aprofundar o autoconhecimento e, por conseguinte, uma “mudança” de mentalidade, no modo de encarar a minha própria cultura e socialização, nunca ignorando a do outro.

No que se refere à minha aprendizagem sobre o comunicar com a pessoa imigrante, esta constitui um marco importante, quer na abordagem ao cliente, quer na avaliação de determinadas condicionantes, que podem influenciar a comunicação. Essas condicionantes podem ser factores como: o motivo da imigração, “a qualidade” de adaptação ao país de acolhimento - sentimentos de comportamentos discriminatórios por parte da sociedade de acolhimento, espaço, linguagem, vestuário, alimentação, hábitos e estilos de vida.

Este processo de aprendizagem permitiu o meu entendimento sobre a importância da formação dos profissionais de saúde, para a prestação de cuidados transculturais. A formação passa também pela informação sobre a Constituição da República, no que concerne ao direito que os cidadãos têm relativamente aos cuidados de saúde, às políticas de saúde em vigor, as estratégias e as políticas de inclusão, de modo que a equidade na saúde, as oportunidades e o acesso à cidadania de toda população seja independente da origem cultural.

## 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 MACHADO, M. Céu, et al (2006) - **Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes.** Lisboa, Laboratórios Bial.
- 📖 MAGALHÃES, Vasco Pinto ( 2000) – **O Olhar e o Ver.** Coimbra: Edições Tenacitas.
- 📖 PATRONILHO, António Manuel (2008) - A Pessoa Humana no Contexto dos Cuidados; **Dissertação de Mestrado em Filosofia Especialização em Bioética;** Universidade Católica de Braga;
- 📖 PONTES, F. (2002) - Enfermagem Transcultural: Um Subcampo a Explorar, “**Revista Sinais Vitais**”, Nº 44, Setembro, p. 59.
- 📖 RAMOS, Maria da Conceição (2008) - Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais In - **Saúde, Migração e Interculturalidade.** João Pessoa, Editora Universitária da UFPB – 66.
- 📖 RAMOS, Natália (2001) - Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural - **Revista Portuguesa de Pedagogia**”, Ano 35, nº 2, p. 155-178.
- 📖 RAMOS, Natália (2008) – **Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas;** João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; CDU:325.1.
- 📖 TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem:** 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;

📖 **Site consultados:**

SEF - [http:// sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2010.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2010.pdf). [em linha]; Acedido a 2 Janeiro de 2012

UNESCO (2002) **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural** [http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/docs/cul\\_doc.php?idd=17](http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/docs/cul_doc.php?idd=17); [em linha]; Acedido a 17 de Janeiro 201;

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

ACTIVIDADES PLANEADAS			
	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana
Observação da dinâmica do serviço			
Pesquisa bibliográfica			
Participação no atendimento do utentes			
Elaboração do poster			





2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM  
SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIATRICA DO CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE - HOSPITAL SANTA MARIA



Aluna: 3559

Joaquina Antunes

LISBOA

JANEIRO, 2012

## ÍNDICE

pág

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	4
<b>1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE</b>	5
<b>1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b>	6
<b>2-DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	10
<b>3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	18
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	19

## **SIGLAS**

**URG** = Urgência de Pediatria;

**UCIPED** = Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

**UTP** = Unidade de Técnicas de Pediatria;

**RCEEESCJ** = Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**SOPED** = Sala de Observação Pediátrica

## 0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio está inserido na Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem do 2º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que visa reflectir um percurso ao nível da aquisição de competências profissionais como enfermeira especialista de saúde da criança e jovem.

O estágio cujo tema orientador é “ *Comunicar com a criança e família na Transculturalidade*” decorreu no um local de trabalho: Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Lisboa -Norte - Hospital de Santa Maria, no período de 24 de Outubro a 6 Novembro de 2011 e entre 2 Janeiro a 22 de Janeiro de 2012, sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Isabel Dias. Teve uma carga horária de vinte e cinco horas semanais.

O cuidar na transculturalidade impõe necessidade de adaptação dos enfermeiros a uma nova realidade resultante da mobilidade humana e da globalização. Esse cuidar passa obrigatoriamente pela comunicação, que constitui a estrutura social básica sem a qual não é possível haver relação, envolvendo o contexto e a percepção individual. A comunicação é uma componente central para a prestação dos cuidados de saúde. Segundo Phaneuf (2005, p.29), os “*primeiros minutos da comunicação são importantes: dão o tom à relação. Neste sentido, o acolhimento da pessoa à sua chegada num serviço e o nosso primeiro encontro com ela são determinantes. Este princípio deriva de certa maneira do procedente: uma comunicação que começa mal é difícil de corrigir. Donde a necessidade de prestar uma atenção particular aos primeiros minutos aquando do acolhimento da pessoa.*” Efectivamente as competências comunicacionais são essenciais para o estabelecimento das relações interpessoais, a gestão da informação e ainda assegurar o trabalho em equipa.

A diversidade cultural institui um desafio para os profissionais de saúde num contexto de crescente movimento de migração e, por conseguinte, para cuidar da criança é substancial conhecer o seu contexto cultural, os valores, as crenças e o modo de vida da sua família numa perspectiva de acção, indo ao encontro da singularidade e complexidade daquela criança e família no processo de doença. A cultura exerce uma forte influência na vida familiar, na socialização, nas expectativas relativamente aos papéis, nos valores que irão condicionar os comportamentos, o pensamento e,

consequentemente, a infinidade de experiências ao longo da vida. Se por um lado, pode ser facilitadora do caminho, por outro pode ser um obstáculo na caminhada da pessoa.

Este relatório tem como objectivos:

- Descrever o percurso e as competências desenvolvidas no contexto de estágio, aos vários níveis: humano, técnico e científico, na assistência avançada a criança e família na transculturalidade;
- Revelar as estratégias conducentes à capacitação da equipa de enfermagem para os cuidados culturalmente competentes, concretamente sobre a comunicação;
- Fornecer contributos para a realização do relatório final;

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho incluiu a pesquisa bibliográfica e a minha reflexão sobre a experiência vivida e a escrita do meu diário de aprendizagem, tendo como guia orientador o ciclo de Gibbs.

Após a introdução, seguindo-se a contextualização do local de estágio, a descrição e análise das actividades desenvolvidas e as considerações finais.

## **1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA- NORTE**

O Hospital de Santa Maria emergiu da necessidade de beneficiar Lisboa de um novo pólo hospitalar uma vez que, nos anos 30 e 40, o Concelho de Lisboa se encontrava em forte expansão demográfica, subsistindo alguma saturação dos Hospitais Cíveis nesta área geográfica. Projecto arquitectónico do alemão Distel, o Hospital de Santa Maria foi oficialmente inaugurado em 1953, iniciando as suas funções no ano seguinte.

Actualmente, o Hospital de Santa Maria constitui um enorme centro hospitalar, com mais de 1300 camas e, onde trabalham cerca de 5000 pessoas. Procurando assumir-se como um centro hospitalar de referência, dispendo de uma alargada gama de serviços especializados, com um elevado enfoque no ensino e investigação, o que garante a sua permanente actualização e as condições de inovação. Desde a sua fundação que é um Hospital Universitário, o que explica a sub-especialização de muitas das suas unidades e consultas e, ainda, a multiplicidade de projectos de investigação. Esta é uma das principais riquezas do Hospital, que de forma categórica, marca a cultura e a história da

instituição. A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência directa, região de Lisboa e Vale do Tejo, o Hospital de Santa Maria garante diferenciação em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional, nacional e dos países de expressão portuguesa.

A estratégia do Hospital de Santa Maria tem no seu quadro de referências valores que a fundamentam como: a Ética, a Qualidade e Inovação, Respeito pelos Indivíduos, Empenho e Dedicção. As suas premissas são:

- O enfermeiro age em função do cliente
- A relação de ajuda enfermeiro-cliente é crucial na prestação dos cuidados

O cliente possui:

- ✓ necessidades elementares que devem ser satisfeitas
- ✓ potencialidades que podem ser estimuladas;
- ✓ direito a que os cuidados de enfermagem sejam organizados de acordo com as suas necessidades e capacidades;

O Centro Hospitalar Lisboa – Norte (CHLN) foi constituído em Dezembro de 2007, integrando o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, dotando um único conselho de administração, continuando a ser considerado o Hospital Geral, Central e Universitário de Lisboa. Na actualidade, o HSM na especialidade de Pediatria dispõe de diversas consultas de sub-especialidades quer médicas, quer cirúrgicas e, ainda, urgência de pediatria. Possui aproximadamente um total de 120 camas distribuídas por unidades pediátricas especializadas - Unidade Pluridisciplinar, Cirurgia, Pneumologia, Neonatologia, Gastrenterologia, Infeciologia, Nefrologia Cuidados Intensivos e Sala de Observação - SOPED.

### **1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital Santa Maria fica localizado no 2º piso da ala direita do referido hospital. Dá resposta aos problemas de saúde com carácter de urgência e emergência aos clientes dos zero aos quinze anos. Desde Outubro de 2011 que o atendimento foi alargado para os dezoito anos, após a promulgação do Despacho 9871/2010 que menciona “ *O alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria, no serviço de urgência, consulta externa, hospital de dia e internamento até aos*

*dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias.*” Este atendimento foi realizado de modo gradual, sendo que a partir dos dezasseis anos, tem em conta a pretensão do adolescente.

### **1.1.1 - Estrutura Física e modo de funcionamento**

O Serviço de Urgência Pediátrica é composto por três sectores:

- Unidade de Técnicas de Pediatria;
- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- Urgência de Pediatria;

A Urgência de Pediatria é constituída no exterior por duas salas de espera (sala 1 e 2), uma pequena sala para serviço administrativo (que dá suporte administrativo a urgência de pediatria e á urgência de ginecologia e obstetrícia).

No seu interior é constituída por várias salas: uma sala de triagem, uma sala para administração de aerossóis, quatro gabinetes para observação médica, uma sala de tratamentos, uma sala de reanimação, uma zona para o apoio administrativo, um gabinete médico para reuniões, uma sala para sujios, uma sala para desinfecção de materiais, uma copa, uma farmácia, 4 casas de banho (duas para o utentes e duas para os profissionais), uma sala de pequena cirurgia (em fase de implementação), uma sala destinada ao acondicionamento de consumo clínico (kambam) e, uma sala ampla com seis camas para internamento de curta duração, que incorpora uma sala de trabalho de enfermagem.

Desde 2006 que tem em funcionamento o Sistema Operativo ALERT, permitindo a informatização na sua totalidade dos episódios de urgência, exames complementares de diagnóstico e os internamentos de curta duração. Os produtos para análise são transportados por um sistema de vácuo (Besidróglio). Sistema facilitador no transporte dos produtos para os respectivos laboratórios, por conseguinte, é mais fácil gerir os recursos humanos, concretamente ao pessoal de apoio (assistentes operacionais).

O circuito do cliente pediátrico nesta urgência é a seguinte: a inscrição da criança ou jovem é realizada através do Serviço Administrativo, aguardando na sala de espera pela chamada do enfermeiro para sala de Triagem. A seguir á observação por parte do enfermeiro na sala de triagem, é encaminhado para os diferentes sectores do serviço (como, por exemplo: sala de espera, sala de aerossóis, sala de pequena cirurgia) ou

ainda, do Hospital (nas diferentes especialidades, por exemplo: Oftalmologia, Dermatologia, ORL), de acordo com o protocolo de triagem, de forma a garantir a segurança/qualidade dos cuidados. É de salvaguardar a entrada imediata da criança ou do jovem para a sala de triagem ou reanimação nas situações graves.

## **SOPED**

O SOPED é uma unidade de internamento de curta duração, constituída por uma sala comum com capacidade para seis camas, beneficiada de cortinas que permitem a individualização das unidades garantindo a privacidade da criança, do jovem e família. Dispõe de um pequeníssimo espaço onde se encontra variado material (brinquedos, livros, CD's, cassetes de vídeo) ordenado por estádios de desenvolvimento o que facilita o uso do brinquedo com intencionalidade terapêutica. Contíguo a este espaço existe uma sala de enfermagem com vidros amplos, permitindo a visualização de todas as unidades. Nesta unidade de curta duração a criança, o jovem e família pode permanecer durante 24h ou 48h consoante o seu quadro clínico, a estabilização do mesmo, para esclarecimento do diagnóstico e, ainda para a estabilização clínica após cirurgia, e após a realização de técnicas de diagnóstico na Unidade de Técnicas de Pediatria (por exemplo: endoscopia, biopsia hepática, colonoscopia). Há articulação com outras especialidades como: Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Maxilo facial, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Oftalmologia e o serviço de urgência central.

A procedência das crianças e jovens para internamento são: Sala de Reanimação, Sala de tratamentos ou, directamente, de outros serviços ou instituições. Se houver agravamento do quadro clínico do cliente, este é transferido para a UCIPED.

As patologias mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneo-encefálicos, pré e pós operatórios cirúrgicos, intoxicações, infecções respiratórias (como por ex: bronquiolites, pneumonia, sibilância recorrente, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, cetoacidoses diabéticas e vigilância pós exames complementares de diagnóstico.

As crianças e jovens são acompanhadas pelos pais ou pessoa significativa (duas pessoas das 8h00 às 23h00 e apenas uma durante a noite), efectivando o pleno exercício dos direitos da criança hospitalizada, como menciona o artigo 2º da carta da criança hospitalizada *“Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos,*

*junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado*". No entanto, se por qualquer motivo este acompanhamento não for possível é garantida a informação dos pais por telefone no período em que se encontram ausentes.

O internamento e a alta hospitalar ocorrem a qualquer hora do dia ou da noite. Atendendo as suas características é complicado estabelecer uma relação interpessoal mais efectiva com a criança, o jovem e família pela frequente mobilidade de crianças/jovens, quer pela sua transferência para as outras unidades de pediatria, quer como a alta para o domicílio. Esta complexidade (resultado da frequente mobilidade) é por vezes acentuada quando a criança, o jovem e família domina, apenas, um idioma diferente do português. Contudo, a equipa de enfermagem presta cuidados de enfermagem, no sentido que a relação interpessoal/terapêutica se concretize da melhor forma.

### **1.1.2 - Recursos Humanos - Equipa de Enfermagem**

Os três sectores são coordenados pela mesma Enfermeira Chefe, coadjuvada por uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Cada sector tem uma enfermeira responsável, que detém as funções de gestão dos cuidados e dos materiais, estão distribuídas da seguinte forma:

- Unidade de técnicas de pediatria - enfermeira generalista (perita na área das técnicas de pediatria);
- Uciped – enfermeira especialista em reabilitação;
- Urgência de Pediatria – enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria;

A Unidade de técnicas de Pediatria possui o seu *staff* de enfermeiros (três enfermeiros generalistas). O sector da Urgência e a Uciped têm o seu próprio *staff* embora haja rotação dos enfermeiros com determinada periodicidade.

Na Uciped exercem funções vinte enfermeiros, dos quais um enfermeiro tem a especialidade de saúde de infantil e pediatria (chefe de uma equipa de enfermagem), os restantes enfermeiros são generalistas.

No Serviço de Urgência Pediátrica exercem funções vinte e quatro enfermeiros dos quais quatro são especialistas (uma com especialidade de saúde infantil e pediatria, uma em reabilitação, uma em saúde mental e psiquiátrica e uma em saúde materna e obstetrícia);

os restantes são enfermeiras generalistas, havendo quatro se encontram em fase de formação da especialidade de saúde infantil e pediatria.

Os vinte e quatro enfermeiros estão organizados do seguinte modo:

- 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica com funções de gestão dos cuidados e dos materiais;
- 5 Enfermeiros por turno em horário rotativo com excepção do turno da noite que são 4;

Os enfermeiros com especialidade são responsáveis de turno e a distribuição dos enfermeiros por turno é realizada do seguinte modo: 3 enfermeiros asseguram a triagem, sala de tratamentos, pequena cirurgia e sala de reanimação, os restantes asseguram o internamento de curta duração (SO), estando presente o espírito de inter-ajuda sempre que um dos sectores se encontre sobrecarregado.

A carga horária semanal da equipa de enfermagem está distribuída da seguinte forma: seis enfermeiros têm uma carga horária de 42horas semanais, nove enfermeiros com uma carga horária de 40horas semanais e três enfermeiros de 35 horas semanais.

A metodologia de trabalho para a prestação dos cuidados de enfermagem corresponde ao método individual e o quadro referencial teórico adoptado pela instituição é o de Virgínia Hendersen.

## **2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

As actividades desenvolvidas no meu local de trabalho foram no sentido de concretizar os objectivos traçados para a execução do projecto. Os objectivos específicos delineados foram:

### **1 - Observar a abordagem realizada pelo enfermeiro à criança e família de diferentes culturas na triagem, Soped, Uciped**

Com esta observação concluí que os enfermeiros na triagem demonstravam algum desconforto no atendimento do cliente e família de uma diferente cultura. O desconforto passava por dificuldade em ultrapassar a barreira linguística em estabelecer uma relação de proximidade com o cliente e sua família. Phaneuf (2005,p.10) refere que o “ *trabalho*

*relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção.”* Factores como a comunicação e a relação de ajuda são pilares importantes na humanização dos cuidados.

Outro aspecto observado foi o etnocentrismo por parte de alguns membros da equipa de enfermagem na triagem. Essa postura mantinha-se ao transitarem para Soped ou Uciped. É difícil ultrapassar o etnocentrismo, pois este surge durante o processo de socialização do indivíduo. No entanto, os enfermeiros têm de compreender que cada vez mais se confrontam com situações, em que têm de harmonizar as práticas e comportamentos culturais dos clientes com a educação para a saúde, em situação de doença e nas acções de prevenção de sequelas para bem do cliente, família e sociedade (Purnell & Paulanka, 2010).

É indispensável saber lidar com as diferenças, mas também é necessário saber identificar o que há de comum no ser humano. O identificar e considerar as afinidades e as diferenças facilita uma visão holística da pessoa.

Leininger (1985,1990) desenvolveu a sua pesquisa em etno-enfermagem baseada em crenças “*emic*” e “*etic*”, em que se refere à forma na qual os próprios membros da cultura percebem o seu mundo (*emic*), e a interpretação das experiências naquela cultura, a partir de factos investigados (*etic*), emergindo da investigação qualitativa, o que contribui para a descoberta de particularidades universais e da diversidade cultural em análise, centrada nos fenómenos do cuidar humano (Tomey & Alligood, 2004).

Realizei esclarecimentos pontuais aos enfermeiros em relação ao atendimento ao cliente pediátrico e sua família de diferentes culturas. Para além dessas informações pontuais, efectuei uma acção de formação a equipa de enfermagem dos vários sectores, que constituem o serviço de urgência.

## **2 - Conhecer as principais dificuldades sentidas pelo enfermeiro na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas**

Para concretizar este objectivo foi aplicado um questionário para identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros. A maioria dos enfermeiros referiu dificuldades em estabelecer uma comunicação eficaz, em que a barreira linguística constitui um obstáculo e, a necessidade de formação nesta vertente da multiculturalidade/ transculturalidade. A necessidade de formação, ou seja, ter consciência de falta de conhecimentos de outra

cultura é designada por “ *incompetência consciente* “; segundo o modelo teórico de Purnell de competência cultural (2010).

Sabendo que a diversidade cultural é um tema actual, o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar do serviço de urgência pediátrica deve ter presente a importância no desenvolvimento da competência cultural. Citando Purnell & Paulanka (2010, p.11), a competência cultural “ *é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um indivíduo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável.*” Esta concepção de competência cultural vai de encontro ao que está padronizado no documento sobre competência cultural emanado pelo Departamento de Saúde das Minorias dos Estados Unidos da América (Office of Minority Health).

### **3 - Identificar as necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura**

A concretização deste objectivo passou pela entrevista semi-estruturada com algumas mães/pais de criança de outras culturas. As entrevistas foram realizadas na sua maioria na triagem, por se tratar da primeira barreira a ser ultrapassada à chegada ao serviço de urgência. As questões colocadas estão em anexo. Os principais problemas sentidos pela família e referido nas entrevistas, relacionam-se com a barreira linguística e a importância da presença de um intérprete / mediador para melhor a ultrapassar e, assim dar a conhecer a equipa de saúde as suas necessidades em saúde. A existência de um mediador sociocultural para melhor acolher a informação fornecida pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros na triagem. Ramos (2009,p.73), refere que o “ *papel do tradutor ou de um substituto favorece, por um lado, o acolhimento do doente, dando-lhe alguma segurança e fazendo-o sentir-se compreendido (...).*” Sendo que, os intérpretes devem possuir treino na área da saúde, sempre que possível recorrer a intérpretes do dialecto específico em causa e, durante a avaliação da situação, dirigir as questões ao cliente/ família e não ao intérprete, familiares e amigos ou crianças deve ser evitada (Purnell & Paulanka,2010).

A OE (2001, p.5) menciona sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem “ *os enfermeiros tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...)*”, ou seja os cuidados de enfermagem devem ser singularizados e enquadrados na cultura do cliente. Além de que, a definição de pessoa como “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos*

*desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2002, p.6).E, por conseguinte, os cuidados prestados devem ser singularizados e enquadrados numa matriz cultural.*

#### **4 - Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com criança e família de diferentes culturas;**

Para materializar este objectivo foi realizada formação a equipa de enfermagem abrangendo os três sectores que constituem o serviço de urgência. A sessão teve momentos de partilha sobre situações vivenciadas nos vários sectores do serviço, questionando-se como agir perante uma cultura com escassos conhecimentos sobre a mesma (por exemplo a cultura chinesa).

Para além da formação, foram acontecendo conversas informais com os vários enfermeiros, no sentido de esclarecer dúvidas sobre a temática do projecto e dar a conhecer algumas estratégias para ultrapassar a barreira linguística. Para Fidalgo (2002,p.69), *“O conceito de formação é um processo de desenvolvimento de aquisição de conhecimentos incluindo a aprendizagem dirigida aos adultos, já situados na vida profissional. Integram-se nesta definição termos como: formação profissional continua, formação contínua, formação em serviço”*, constituindo uma forma de actualização de conhecimentos. E, por conseguinte, gerar mudanças na prática de cuidar, com o propósito da melhoria na qualidade dos cuidados.

É indispensável consolidar a prática profissional com actividades formativas, que permitam o crescimento do enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar, a reflexão e a avaliação dos cuidados prestados, assim como o máximo de bem-estar do cliente e da população.

Citando Hesbeen (2001,p.153), *“Desejo, recursos, aptidões e satisfação constituem, pois, as palavras-chave para dar vida à qualidade enquanto valor a prosseguir em cada caso.”* A formação contribui para que os enfermeiros integrados numa equipa multidisciplinar, prestem cuidados com qualidade numa prática de constante inovação, de modo a dominarem o presente e a encontrarem os caminhos do futuro. E, na equipa encontrarem satisfação pessoal e profissional. Melhorando a qualidade da nossa acção “ no cuidar”, podemos dar visibilidade ao nosso “saber – ser”, “o saber-fazer” e o “saber – aprender”,

porque todas estas vias conduzem ao “saber-transformar”, dando um contributo no crescimento da enfermagem com profissão autónoma (Fidalgo,2002).

Organizei um dossiê com artigos relacionados com a transculturalidade, no sentido de dar a conhecer aos enfermeiros, uma problemática actual resultante dos fluxos migratórios no nosso país e no panorama mundial.

Elaborei um folheto informativo com o objectivo de facilitar a comunicação e, por conseguinte o acolhimento que constitui a base de relação empática ou de ajuda entre o enfermeiro e o cliente. A comunicação é o instrumento pilar para o início de uma relação de ajuda no estabelecimento de uma parceria com o cliente e família. Segundo Phaneuf (2005,p.13) “ (...) a comunicação e a relação de ajuda não são somente uma escolha da enfermeira, elas constituem uma dimensão sine qua non da qualidade dos cuidados”. E, por conseguinte a satisfação do cliente.

No folheto constam os contactos da linha telefónica dos intérpretes e mediadores socioculturais, no sentido de possibilitar que os imigrantes se possam exprimir e serem informados na sua língua materna. Neste contexto é de mencionar Purnell & Paulanka (2010,p.7),*refere que ao “ desenvolver relações pessoais, mutuamente gratificantes, com diversos grupos culturais, implica a existência de boas competências interpessoais e aplicação de conhecimentos e técnicas aprendidas a partir das ciências físicas, biológicas e sociais, bem como da área das humanidades.”* Só através do conhecimento da cultura do outro, o enfermeiro poderá prestar cuidados culturalmente competentes. Por último elaborei um *poster* dando ênfase a comunicação não-verbal, dimensão fundamental e enquadrada na cultura do cliente a que o enfermeiro deve estar atento.

As actividades desenvolvidas para concretização deste objectivo, permitiram a capacitação da equipa de enfermagem e, por conseguinte uma melhoria na qualidade dos cuidados.

## **5 - Promover a capacitação da família para adaptação ao processo de doença e gestão eficaz do autocuidado**

A doença e experiência da doença são ocorrências e estados emocionais individuais e específicos, cujas dimensões psicológicas se encontram declaradamente aliados aos contextos sociais, culturais, históricos, políticos e económicos.

Este objectivo foi delineado com a finalidade de ajudar e promover a adaptação a criança, do jovem e família a quem foi diagnosticado uma doença crónica. Para mim, este objectivo faz todo o sentido pois tratando-se de um serviço de urgência em que na maioria das vezes, a criança, o jovem e família tem conhecimento da sua doença pela primeira vez. Por isso, como futura enfermeira especialista a exercer funções no serviço de urgência, é indispensável a mobilização de vários recursos para a promoção e adaptação da criança, do jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade (E2.5.) (OE, 2011).

Não descurando a parceria nos cuidados centrados na família, pois constitui uma pedra basilar para a promoção e adaptação a doença, essa parceria passa inicialmente pela criação de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança, o jovem e os seus pais, constituindo uma componente essencial a valorizar durante à admissão no hospital. Esta relação de confiança com a família emerge de uma comunicação assertiva, como refere Riley (2004.p.18),no “ (...) *comunicar de forma competente, transmitindo ao outro preocupação e confiança.*” E, deste modo promover a adaptação da família ao ambiente hospitalar e a doença.

Embora a comunicação seja o suporte para o estabelecimento da parceria, é necessário facultar o *empowerment* à criança, ao jovem e família através da informação. Deste modo podemos conceber os cuidados centrados na família, que devem ser uma constante na vida da criança, enquanto os cuidados de enfermagem servem de orientação e apoio.

Realçando o que atrás foi descrito, a filosofia dos cuidados centrados na família são responsáveis por uma ocupação considerável de tempo, empenho e dedicação no comunicar em saúde e em contexto de ajuda mútua. A participação da família ocorre no nível que desejar e nos cuidados desejar prestar à criança, mediante um processo de negociação.

O processo de negociação, liderança e decisão mantém-se no domínio do enfermeiro, permitindo que os pais participem somente em determinados cuidados que consideram que os pais estão aptos a desempenhar. A comunicação a este nível entre enfermeiros e pais, é um processo onde predomina a partilha de conhecimentos e onde se enaltece e realça as capacidades e as forças dos pais e família para cuidar da criança (E1.1.) (OE, 2011). Nesta competência de enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem,

também foi possível desenvolver os critérios de avaliação adjacentes a esta unidade de competência, nomeadamente as competências relacionais e humanas.

O papel do enfermeiro especialista também é o capacitar a criança em idade escolar, o adolescente e família para a adopção de estratégias de “*coping*” e de adaptação (E2.5.2) (OE, 2011). Deste modo a enfermeira tem de acreditar que a criança, o jovem e família de quem cuida, independentemente da sua doença, tem potencialidades e recursos para a sua resolução e, o seu papel é proporcionar à família os meios que lhe possibilitem “descobrir” as suas estratégias para a resolução dos seus problemas. Este processo de resolução vai depender da gravidade e complexidade da doença, da etapa em que eles se encontra e, ainda, das estruturas disponíveis para satisfazer as suas necessidades e readquirir o equilíbrio.

Tratando-se de um serviço de urgência é frequente me deparar com situações de especial complexidade (E2) (OE, 2011), quer sob o ponto de vista fisiológico, quer psicológico ou social. Sob o ponto de vista fisiológico é o mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1) (OE, 2011) e, ainda conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico (E2.1.2) (OE, 2011). Em relação ao desenvolvimento de competências no contexto psicológico nas situações de maior complexidade como por exemplo o apoio oferecido, aos pais na morte do filho, exigem-se a aplicação de conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte “ e dos processos de luto (E2.1.3) (OE, 2011).

## **6 - Desenvolver competências como enfermeira especialista sobre o cuidar da criança e família nos diferentes contextos culturais;**

Para concretização deste objectivo estiveram presentes as competências mencionadas pela OE: quer as competências comuns, quer as específicas do enfermeiro especialista. As competências comuns emanadas pela OE (2011) “ *são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.*” Estas são constituídas por quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No desenvolvimento das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1, A2) (OE,2011), tive presente a declaração dos direitos humanos, as questões éticas e legais, assim como o código deontológico pela qual é conduzido o exercício profissional.

No domínio da gestão dos cuidados preocupei-me em apreender a cultura da criança, do jovem e família com a finalidade de envolver os pares (através da partilha de experiências,), de modo a promover a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo (B3.1.2) (OE, 2011). Sobretudo nos clientes de etnia cigana, em que o guia espiritual tem conhecimento do quadro clínico da criança/jovem, tornando o mesmo, na pessoa de referência para comunicar com a equipa de saúde e vice-versa. Desta forma, enquanto ciência humana prática, a Enfermagem preocupa-se com as experiências dos seres humanos em situações de saúde/doença, as quais são condicionadas por vários factores e na medida em que estas perspectivas moldam as acções e reacções dos indivíduos (Melleis, 1997).

As competências específicas mencionadas pela OE (2011, p.2) *“ são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. “ Estando as competências que desenvolvi inseridas na área de especialidade de saúde infantil e pediatria, as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde estão centrados na criança e família, elegendo esse binómio o alvo dos cuidados.*

Segundo a OE (2011,p.1), a *“ performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efectivo e gestão da segurança do cliente.”* É neste sentido que desenvolvi as competências de enfermeiro especialista.

A observação dirigida a criança, ao jovem e família foi uma das competências mais desenvolvidas ao longo do estágio com o pressuposto de transmitir orientações antecipatórias às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (E3.1.3) (OE, 2011) nomeadamente na triagem . Também no Soped, através da

observação dirigida, tive a oportunidade de apreender a interacção RN / pais e, por conseguinte, promover à vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais (E3.2) (OE, 2011). Outra das competências desenvolvidas foi a da negociação no envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (E3.2.6) (OE, 2011), inseridos na filosofia nos cuidados centrados na família e, concedendo o *empowerment* pela informação consoante as necessidades da família, enquadradas na sua cultura. O cuidar em enfermagem transcultural expressa-se conjuntamente por padrões universais e locais nos diferentes contextos culturais. Segundo Leininger (1993,p.) “*culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneira diferente, apesar de haver pontos em comum no cuidado de todas as culturas do mundo*”, sustentando, que cuidar por ter representações diferentes, mas universal na sua dimensão. Daqui emergem novas e maiores competências para os prestadores de cuidados – a competência cultural.

### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cuidar num serviço de urgência envolve muito mais que destreza técnica, a relação que se estabelece com a criança, o jovem e família que se dirige até nós é o suporte fundamental para a qualidade dos cuidados prestados. Quando a admissão hospitalar representa um acontecimento traumático para o cliente / família suscitando emoções fortes, de acordo com Goleman (1996) interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Ainda para o mesmo autor pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Por isso é indispensável na comunicação interpessoal, que as informações sejam de acordo com o cliente/família, às necessidades expressas, com linguagem adequada ao meio sócio-cultural. Deste modo podemos prevenir e gerir melhor os conflitos que por vezes surgem no contexto de urgência.

Penso que os enfermeiros especialistas em saúde da criança e do jovem estão na linha da frente para actuar como agentes de mudança, de forma consistente e em parceria com a equipa multidisciplinar. Ao nível da equipa multidisciplinar destaca-se o seu papel primordial na formação dos pares; na orientação, supervisão e continuidade dos cuidados; no planeamento da alta hospitalar/regresso a casa. Perspectivando uma continuidade de cuidados eficaz eficiente e a reintegração da pessoa e família no ambiente social, a dignidade e qualidade de vida.

É imperativa a sensibilização e a motivação dos enfermeiros envolvendo-os nestes processos partindo da reflexão sobre a acção. Ao optar por reflectir sobre as práticas, tive a possibilidade de desenvolver novas formas de pensar, de compreender, a forma de agir e de questionar os problemas da prática, obtendo um melhor conhecimento sobre mim própria e sobre os contextos em que estou inserida. Segundo Craig e Smyth (2004,p.7), “ *a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos (...).*”. Por isso, a reflexão sobre a prática é o motor do aperfeiçoamento e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ABREU, Wilson (2003) – **Saúde, Doença e Diversidade Cultural: Pensar a Complexidade dos Cuidados a Partir das Memórias Culturais**; Lisboa, Instituto Piaget; ISBN: 972-771-638-5;
- 📖 CAETANO, Ana M. V., Mendes, FELICÍSSIMO, Ana dos Reis (2011) - O Enfermeiro e o Cuidar da Pessoa de Etnia Cigana – **Revista Sinais Vitais** – nº 97 Julho de 2011- p. 27 31- ISSN 0872-8844
- 📖 CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidencia - Manual para Enfermeiros**; Loures, Lusociência; ISBN: 972 – 8383 -61-4;
- 📖 DESPACHO 9871/2010. **DR II Série**. 112 (2010-06-11) 32123
- 📖 DIOGO, Paula M.J. (2006) – **A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Perspectiva Emotivo Vivencial da Prática de Cuidados**. Coimbra; Redhorse; ISBN 972 -8485-70-0.
- 📖 FIDALGO, M<sup>a</sup> B. (2002) – A Formação Em Contexto De Trabalho; **Revista Acontece Enfermagem**, Ano II, nº4 – 2º Semestre;
- 📖 GOLEMAN, Daniel (1996) – **Inteligência Emocional**; Braga: Temas e Debates.
- 📖 HESBEEN, W. (2001) – **Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Lisboa: Lusociência.

- 📖 MELEIS, A. I. (1997) - Theoretical nursing: Development & Progress. 3 Ed. Philadelphia, Lippincott Company;
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2002) - **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros. [em linha], Acedido a 18 de Novembro de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros;
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**;[em linha] Acedido a 27 de Julho de 2011 [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; [ em linha],Acedido a 27 de Julho de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- 📖 PATRONILHO; António Manuel (2008) - A Pessoa Humana no Contexto dos Cuidados; **Dissertação de Mestrado em Filosofia Especialização em Bioética**; Universidade Católica de Braga;
- 📖 PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação**; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
- 📖 PURNELL, Larry, D., PAULANHA, Betty J. (2010) - **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente**. 3ªEd.,Loures Editora, 2010. ISBN 978-989-8075-28-4;
- 📖 RILEY, Julia Balzer (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. Editor Lusodidacta, ISBN 9789728383817;
- 📖 SIMÕES, Pedro (2002) - **Teorias da Comunicação**. Universidade Independente, 1º Ano 2002/2003, Lisboa, aula 313 de Novembro.

- 📖 TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem**: 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;
- 📖 WATSON, Jean (2002) - **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma teoria de enfermagem**; Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-33-9

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DO 1º PERIODO DE ESTÁGIO

ACTIVIDADES PLANEADAS		
Mês:	1ª Semana	2ª semana
Outubro/ Novembro/2011	Outubro	Novembro
	25, 26,27, 28,29	2,3,4,5,6
Aplicação do questionário		
Prestação de cuidados à criança e família, no âmbito do serviço de urgência		
Pesquisa bibliográfica		
Elaboração do folheto		

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DO 2º PERIODO DE ESTÁGIO

ACTIVIDADES PLANEADAS			
Mês:	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana
Janeiro/2012	2,3,4,5,6	9,10,11,12,13	16,17,18,19,20
Prestação de cuidados à criança e família, no âmbito do serviço de urgência pediátrica			
Pesquisa bibliográfica			
Formação de pares			
Organização do Dossiê			



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM  
UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DO LUMIAR -  
UCSPL



Aluna: 3559

Joaquina Antunes

LISBOA

FEVEREIRO, 2011

## ÍNDICE

	pág.
<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	4
<b>1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DO LUMIAR - UCSPL</b>	5
<b>2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	9
<b>3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	20
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	21

## **SIGLAS**

**CECG** = Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

**CS** = Centro de Saúde

**DGS** = Direcção Geral de Saúde;

**NACJR** = Núcleo de apoio à criança e jovem em risco

**RCEESCJ** = Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**EESIP** = Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria;

**OMS** = Organização Mundial de Saúde;

**PNV** = Plano Nacional de Vacinação

## 0 – INTRODUÇÃO

A reflexão é um acto voluntário e intencional e a pessoa que se propõe a reflectir mantém em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças, quer em termos pessoais. Há um apelo à racionalidade para obter certezas e, uma vez fundamentadas, há um aumento da capacidade de aprendizagem a partir das práticas (Santos, 2003). O presente relatório tem como finalidade a descrição sistemática da experiência vivenciada durante o Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem. O processo de aprendizagem desenvolvido ao longo deste teve como referência os objectivos pessoais descritos no guia de estágio e inseridos no tema do projecto, *“Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade”*

O estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar - UCSPL, no período de 23 de Janeiro a 23 de Fevereiro de 2012 sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Lurdes Florindo. A opção por este local de estágio teve como pressuposto a observação do trabalho desenvolvido pela enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria no âmbito dos cuidados de saúde primários.

A pluralidade cultural é uma realidade da nossa actual sociedade, sendo que os enfermeiros são confrontados com os desafios provenientes da prestação de cuidados a esses clientes; *“comunicação e cultura estão ligadas aos cuidados de saúde.”* (Riley, 2004,p.60). É necessário que o enfermeiro detenha conhecimento prévio da cultura do cliente a quem vai prestar cuidados. Citando Riley (2004,p.65), perceber *“uma língua é mais do que compreender o sentido das palavras. O tom e a altura da voz são também aspectos importantes da comunicação.”* Também são aspectos que contribuem para o conhecimento dos aspectos socioculturais do cliente, elementos facilitadores para a comunicação e confiança.

Nesta área da enfermagem é fundamental que o enfermeiro apreenda os atributos sociais e culturais da família, respeitando-a como efectiva, parceira na prestação de cuidados à criança ao jovem. Com esse conhecimento o enfermeiro poderá realizar educação para a saúde, no sentido da promoção da saúde, contribuindo para comportamentos de vida saudáveis e a prevenção da doença. Como é mencionado no estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009,p.3), sobre o acesso aos cuidados de saúde

primários do SNS em que os cuidados de saúde primários “ *representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde e, que em razão do seu custo relativamente baixo e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (...) se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla.*” Deste modo podemos prevenir idas aos serviços de urgências hospitalares, por vezes desnecessárias.

Este relatório tem como objectivos:

- Desenvolver a actividade reflexiva acerca da aprendizagem, competências e progressos desenvolvidos;
- Adquirir contributos para realização do relatório final;

O relatório está dividido em três partes: na primeira parte é feita a contextualização do local de estágio, a segunda corresponde ao desenvolvimento e análise crítica das actividades realizadas, a sua pertinência e as dificuldades sentidas. Na terceira parte descrevo algumas considerações finais.

## **1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DO LUMIAR - UCSPL**

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar fica situada na Alameda das Linhas de Torres nº 243 (sede), freguesia do Lumiar, do Distrito de Lisboa. É constituída por três extensões: a Extensão do Alto do Lumiar, Charneca e Centro de Diagnóstico Pneumológico. Está integrado na Unidade Setentrional A, pertencendo ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lumiar, Sete Rios, Benfica e Alvalade.

A Unidade fica localizada num edifício de sete pisos, organizados por uma ou mais áreas de intervenção.

Piso 0 – Sala de Colheitas

Piso 1 – Medicina Geral/Médicos de Família

- Consulta de Otorrinolaringologia

- Consulta de cessação tabágica

Piso 2 – Coordenador Médico

- Responsável de Enfermagem
- Psicologia
- Saúde Escolar
- Secretaria
- Cuidados Continuados
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)

Piso 3 – Serviço Social

- Saúde Oral
- Saúde Infantil/Cantinho da Amamentação
- Vacinas

Piso 4 – Saúde Materna/Planeamento Familiar

- Medicina Geral/Médicos de Família

Piso 5 – USF Conchas

Piso 6 – USF Conchas

Piso 7 – Bar/Biblioteca

### **1.1 - Objectivos da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar**

Os objectivos dos centros de saúde mencionados no artigo 2º da têm como finalidade *“dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde.”* (DR, nº 86, p. 19263). A UCSP do Lumiar centraliza a sua prática na comunidade, na promoção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença, atribuindo particular interesse ao contexto económico, social e político e ao

Maria Joaquina Abreu Antunes

desenvolvimento de novos conhecimentos sobre as determinantes da saúde na comunidade.

### **1.1.1 - Recursos Humanos**

Esta instituição é constituída por uma equipa multidisciplinar: enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas (saúde comunitária, saúde infantil e pediatria, reabilitação, saúde materna e obstétrica, saúde mental e psiquiátrica), médicos de Família, higienista oral, médico de saúde pública, assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeuta, administrativos, técnicos de saúde ambiental, assistentes operacionais, motoristas e seguranças.

### **1.1.2 - Parcerias**

Esta Unidade tem parcerias com outras instituições, particularmente, com o Centro Hospitalar Lisboa Norte: - como Hospital Pulido Valente para Consultas Hospitalares de referenciação e Exames Complementares e, com o Hospital de Santa Maria para o Serviço de Urgência Pediátrica e Adultos e Consultas Hospitalares de referenciação. A Santa Casa da Misericórdia também é parceira, conjuntamente com a Freguesia do Lumiar na intervenção às escolas e infantários da área geográfica do Lumiar.

## **1.2 - Objectivos do Departamento de Saúde Infantil e Juvenil**

A saúde infantil e juvenil abrange actividades de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos. Estão inscritas no UCSPL 15513 crianças dos 0 aos 18 anos o que corresponde a 18,88% dos utentes inscritos (dados retirados do Sistema Informático SINUS em Outubro de 2011).

### **1.2.1 - Objectivo geral**

- Melhorar o cumprimento do Programa – Tipo em Saúde Infantil.

As actividades de enfermagem desenvolvidas estão de acordo com o que é recomendado pelo Departamento de Saúde Infantil da Direcção Geral de Saúde.

### **1.2.2 - Estratégias**

- Melhorar a acessibilidade às consultas, através de medidas facilitadoras de respostas rápidas e eficazes;

- Garantir a prestação de cuidados nesta área à população sem Médico de Família;
- Assegurar o preenchimento do Boletim de Saúde infantil;
- Contribuir para o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação;
- Promover a precocidade da primeira consulta na vida, identificando as causas da baixa precocidade;
- Promover a avaliação local das Notícias de Nascimento e, o seu tratamento adequado de forma a identificar as situações de risco e a localizar as crianças que não comparecem;
- Garantir o cumprimento da legislação em vigor e das orientações técnicas e circulares normativas e informativas da Direcção Geral de Saúde;
- Dinamizar as Unidade de Saúde Familiar (área a desenvolver com o coordenador/a da Saúde da Mulher);
- Promover a realização de Exames globais de Saúde;
- Realizar reuniões periódicas com os coordenadores dos programas, para analisar e orientar os constrangimentos identificados;
- Fazer formação em função das necessidades identificadas;
- Promover o trabalho em equipa.

### **1.3 - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil**

Na UCSPL a consulta de enfermagem de Saúde Infantil tem como pressupostos os preconizados pelo Programa Tipo de Saúde Infantil, valorizando os cuidados antecipatórios, atendendo a que estes constituem um factor de promoção da saúde e de prevenção da doença proporcionando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental, avaliação do crescimento e desenvolvimento, motivando à opção por comportamentos saudáveis e promoção do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

### **1.3.1 - O Projecto do Cantinho da Amamentação**

A OMS (2004) recomenda que a alimentação da criança seja de leite materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida, complementado com outros alimentos até aos 2 anos de idade. Por estas razões, em 2008, foi desenvolvido e aprovado pela actual directora do centro de saúde, o projecto “Cantinho da Amamentação” com a finalidade de promover o aleitamento materno. É uma sala que fica situada no piso 3 na ala da saúde infantil, onde os pais podem encontrar um cadeirão, uma almofada de amamentação e, assim, usufruir de um espaço calmo e confortável para amamentar o seu filho e, podem ter se necessário, a ajuda / orientação da enfermeira.

### **1.3.2 - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco**

Cada Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES Lisboa - Norte tem o seu NACJR, como é preconizado pela Direcção Geral de Saúde, sendo que o Núcleo do Centro de Saúde do Lumiar foi um dos núcleos pioneiros a nível Nacional. É constituído por três enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, uma delas a coordenadora, uma médica de família, duas técnicas de serviço social e duas psicólogas.

### **1.3.3 - Visita Domiciliária a Crianças em Risco**

No âmbito do NACJR as visitas domiciliárias são frequentemente efectuadas pela EESIP e, sempre que necessário, em conjunto com a assistente social, também, do núcleo. São realizadas visitas em conjunto com outros parceiros, como a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em risco ou a Santa Casa da Misericórdia, quando necessárias. As visitas são programadas após a referenciação das situações por suspeita, ou já com confirmação de maus tratos e, vão sendo efectuadas conforme as necessidades avaliadas.

maus tratos e, vão sendo efectuadas conforme as necessidades avaliadas.

## **2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

As actividades desenvolvidas foram determinadas pelos objectivos gerais e específicos traçados para este campo de estágio que foram:

Os objectivos gerais traçados foram:

- Desenvolver a actividade reflexiva acerca das aprendizagens, competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem;
- Capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados culturalmente competentes, concretamente sobre o domínio da comunicação;

E os objectivos específicos incluíram:

1. Conhecer a estrutura física e organizacional da Saúde Infantil da UCSP do Lumiar;
2. Observar a abordagem realizada pela enfermagem especialista à criança e família de diferentes culturas no Centro de Saúde;
3. Conhecer as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na prestação dos cuidados pela família de diferentes culturas;
4. Identificar as necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura;
5. Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com a família de diferentes culturas;
6. Aprofundar conhecimentos sobre a prestação de cuidados à criança e família das diferentes culturas inseridos na comunidade.

## **1 - Conhecer a estrutura física e organizacional da Saúde Infantil da UCSP do Lumiar**

Para dar resposta a este objectivo específico comecei por compreender a organização e a dinâmica funcional do serviço, através de uma visita guiada na companhia da Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Responsável pelo sector da Saúde Infantil e Pediatria. Consultei as normas e protocolos existentes no serviço, dando maior ênfase à recente norma emanada pela DGS sobre o novo PNV. Realizei uma pesquisa sobre as alterações de funcionamento dos Centros de Saúde para apreender as nomenclaturas existentes e a sua interligação.

Nesta UCSP a saúde infantil funciona num espaço amplo, tendo quatro salas espaçosas: dois gabinetes de consulta, uma sala de enfermagem onde são realizadas as consultas de enfermagem e uma sala de espera onde existe material didáctico para as crianças brincarem enquanto aguardam por observação. Exteriormente a estas salas funciona uma

casa de banho adaptada as crianças mais pequenas, uma casa de banho para o pessoal do serviço e ainda o espaço denominado o cantinho da amamentação. Este espaço é amplamente divulgado pelas enfermeiras do serviço, no sentido das mães o utilizarem para amamentar os seus filhos, enquanto aguardam observação médica ou de enfermagem. A sala de vacinação situa-se no num espaço exterior.

A minha integração foi gradual e facilitada pela enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, que se disponibilizaram para informar e esclarecer as questões por mim colocadas. É de salientar que a enfermeira orientadora é a responsável pela saúde infantil e integra o conjunto de três enfermeiras especialistas em SIP, sendo que uma das EESIP desempenha funções de Chefia do Centro de Saúde e outra se encontra na DGS alternando com funções nesta UCSPL.

Tive a oportunidade de participar, em conjunto com a EESIP (responsável pelo centro de saúde) e a enfermeira responsável pela saúde escolar, numa reunião na comunidade em parceria com outras organizações locais (como por exemplo a Junta de freguesia do Lumiar, a Câmara Municipal de Lisboa, Associação de Moradores da Alta de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia). Nesta reunião foram apresentados os resultados de um estudo realizado na comunidade sobre o trabalho dos vários parceiros junto da mesma. Perante os resultados obtidos, foi constituído um grupo de trabalho para avaliar os pontos fracos do referido estudo e a elaboração de estratégias de melhoria dos mesmos. Estas acções vão ao encontro do que foi apontado na Carta de Ottawa e no RCEESIP que menciona o trabalho em parceira com os agentes na comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança do jovem aos cuidados de saúde (E1.1.10) (OE, 2011).

Na Carta de Ottawa (1986) foram apontadas um conjunto de disposições levando à construção do conceito de Promoção da Saúde, elegendo metas a atingir no que concerne à promoção da saúde e ao seu desenvolvimento. Para esse desenvolvimento é indispensável que as condições básicas e as expectativas em relação a saúde não possam ser exclusivamente do sector da saúde, mas na mediação de acções conjuntas entre vários sectores como: o governo, sectores da saúde, social e económico, organizações não-governamentais, autarquias, empresas e comunicação social, assim como o envolvimento das populações enquanto indivíduos, famílias e comunidade, convergindo para os diferentes interesses da sociedade na prossecução da saúde.

Outra oportunidade que se tornou numa experiência interessante foi a experiência das visitas domiciliárias realizadas através da Unidade Móvel. As visitas efectuadas abrangeram os bairros da Ameixoeira e Charneca. Estas visitas revelaram-se úteis, pois deparei-me com clientes que recorrem ao serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria (o meu local de trabalho). Por um lado possibilitou conhecer os motivos pelos quais alguns clientes recorrem com frequência ao serviço de urgência, nomeadamente a população de etnia cigana, por outro permitiu enquadrar o cliente/ família no seu ambiente sócio-cultural e económico.

Os motivos que conduzem a população de etnia cigana a recorrerem ao serviço de urgência pediátrica com frequência deve-se ao facto de esta não cumprir a vigilância de saúde infantil e o PNV como o preconizado pela DGS. Observei que a maioria da “franja” populacional não recorre ao CS por questões culturais, em que a prevenção da doença não faz parte dos seus hábitos, tornando as crianças e jovens mais expostos e vulneráveis. A questão cultural passa pela sua génese, nomeadamente o povo cigano era um povo nómada e, como tal, só na presença da doença recorre aos serviços de saúde.

Perante essa realidade é inevitável lembrar Leininger (1970), que para ilustrar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural por si desenvolvida, criou o Modelo de Sunrise que simboliza o nascer do sol, em que a metade superior do círculo realça as componentes da estrutura social e os factores da visão do mundo, que condicionam o cuidar e a saúde através da linguagem, da etnohistória e do contexto ambiental (Tomey & Alligood, 2004).

É de louvar a intervenção da Unidade Móvel, que tem “trabalhado” algumas famílias com alguns ganhos em saúde, nomeadamente no cumprimento do PNV e, na frequência das consultas de saúde materna e planeamento familiar. A intervenção da Unidade Móvel teve início pelo estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com a população maioritariamente de etnia cigana no caso do bairro da Ameixoeira. Esta população encontra-se muitas das vezes na rua e é a partir desse local que se inicia uma comunicação *versus* relação de ajuda. Esta relação de ajuda passa, por vezes, pela marcação de consulta e vacinação.

Para Tomey & Alligood (2004, p. 576), *“a enfermagem actua como ponte entre a generalidade do povo e o sistema profissional.”* Através dessa “ponte” as enfermeiras da Unidade Móvel colocam em prática os três tipos de cuidar em enfermagem previstas na

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural de Leininger (1970) que são: a preservação e manutenção do cuidado cultural, acomodação e/ou negociação do cuidar cultural e, por último a remodelação e/ou reestruturação do cuidar cultural (Tomey & Alligood 2004).

Nos três tipos de cuidar atrás mencionados, a Unidade Móvel intervém predominantemente através da negociação e da reestruturação do cuidar, sobretudo no desenvolvimento de comportamentos de estilos de vida saudáveis, na alteração de hábitos alimentares (como exemplo na ingestão de alimentos com elevado teor de açúcar por parte das crianças e jovens), na importância das crianças frequentarem a creche, o infantário, a escola e, ainda, na necessidade da vigilância materna com maior ênfase nas grávidas adolescentes, por exemplo, o encaminhamento das mesmas para a especialidade de estomatologia. Desta forma foi possível a observação do papel da EESIP no estabelecimento e manutenção de redes de recursos comunitários de suporte à criança ao jovem com necessidades de cuidados (E1.1.7) (OE, 2011).

## **2 - Observar a abordagem realizada pela enfermagem especialista à criança e família de diferentes culturas no Centro de Saúde**

Este objectivo foi de facto significativo para o meu percurso de aprendizagem. O contactar com crianças saudáveis (o que é distinto do meu quotidiano profissional), foi dinamizador neste processo de aprendizagem e inclui a avaliação do desenvolvimento estado-ponderal e psico-motor, a promoção da saúde através dos cuidados antecipatórios e dos comportamentos saudáveis. Na avaliação do desenvolvimento da criança a equipa de enfermagem utiliza a da Escala de Avaliação de Competências do Desenvolvimento Infantil (SGSII) e na Escala de Mary Sheridan. O desenvolvimento emerge como uma das preocupações dos pais, uma vez que *“não é algo fácil de medir, como o peso ou o comprimento, para os quais podem ter valores concretos e interpretar gráficos que vêm no boletim de saúde infantil”* (Oom, 2008, p. 89).

Outro factor relevante foi observar a relação terapêutica estabelecida entre a enfermeira especialista e a criança, o jovem e família. Ao reflectir sobre a relação terapêutica, que pressupõe uma relação de empatia e de confiança existente entre a enfermeira e a criança, o jovem e família, compreendi o quanto é importante a existência do enfermeiro de família, no sentido de dar uma resposta ajustada às necessidades da família de forma holística.

A relação de empatia, segundo Riley (2004,p,133), *“inclui a capacidade de reflectir com precisão e especificidade nas palavras, nos sentimentos vividos por colegas e clientes, traduzindo-a em comportamentos não-verbais de calor humano e autenticidade.”* Para mim esta citação fez todo o sentido, quando efectivamente vivenciei a “relação” da EESIP com a maioria dos clientes / família.

Como refere Phaneuf (2005,p.15), a *“comunicação é uma ferramenta de base para a instauração da relação (...).”* Para se desenvolver uma relação de empatia e confiança, é essencial o estabelecimento de uma comunicação assertiva.

Os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família podem desenvolver-se e, fortalecer -se segundo os padrões de qualidade da OE (2002, p.8), *“ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.”* Na implementação do enfermeiro de família na reorganização dos Centros de Saúde, o documento da OE (2007,doc, 3, p.3) sustentado no quadro conceptual das politicas de saúde, Saúde 21 recomendado pelas metas da OMS, pode-se entender na meta 15 que, *“(...) No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um numero limitado de famílias um amplo leque de aconselhamentos sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados no domicilio(...).”* É de mencionar que a minha orientadora, além de EESIP, é perita nesta área de enfermagem. Segundo Benner (2001,p.58) a enfermeira perita *“tem uma enorme experiência, compreende, (...) cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis.”* Deste modo, os cuidados de enfermagem prestados no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis, dos cuidados antecipatórios e da prevenção da doença das crianças e jovens dos 0 aos 18 anos são dotados de um cuidar holístico.

Esse cuidar holístico pressupõe que “bons cuidados de enfermagem” significam coisas diferentes para diferentes pessoas (OE,2003). Para Tomey & Alligood (2004,p.568), refere que *“o cuidar cultural é a mais vasta teoria de enfermagem holística, porque tem em conta a totalidade e a perspectiva holística da vida e da existência humana ao longo do tempo, incluindo os factores de enquadramento social, a visão do mundo, a história e os valores culturais, o contexto ambiental, as expressões da linguagem e os padrões populares (genéricos) e profissionais.”* E só nesta perspectiva se pode prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes.

### **3 - Conhecer as principais dificuldades sentidas pela equipa enfermagem na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas**

Para a concretização deste objectivo conversei com a enfermeira orientadora e as enfermeiras da unidade móvel. Estas verbalizaram que, no início das suas funções no Centro de saúde, sentiram enormes dificuldades na comunicação com a população estrangeira e de etnia cigana. Essas dificuldades estiveram associadas à barreira linguística, à etnicidade e ao seu etnocentrismo.

A barreira linguística é ultrapassada, por vezes com a colaboração de familiares do cliente, que já dominam o português. No entanto realizei uma formação de pares, no sentido de as ajudar na transposição desta dificuldade (como descrevo posteriormente).

Outra da dificuldade mencionada foi a etnicidade que segundo Riley (2004,p.60), citando Leininger (1995) *“refere-se à identidade social e origens de um grupo social devido em grande parte, à língua, religião e origem nacional.”* Esta questão aliada a etnia cigana, como exemplo, recorrer unicamente aos serviços de saúde na ausência da saúde. Este comportamento conduziu a conflitos entre os profissionais de saúde e a comunidade cigana. Os conflitos surgiam na necessidade urgente dos seus membros serem avaliados pelos técnicos de saúde quando doentes e segundo a sua prioridade. Segundo as enfermeiras, estes conflitos eram frequentes antes da presença da Unidade Móvel. Com a presença desta na comunidade esse tipo de conflitos diminuiu significativamente. O “agir” próximo da comunidade contribui para um melhor conhecimento de ambas as partes e, por conseguinte o estabelecimento de uma relação de ajuda, neste momento com alguns ganhos em saúde no que respeita à vigilância de saúde infantil e saúde materna, no cumprimento do PNV, no seguimento nas consultas de planeamento familiar das mães adolescentes e ainda na procura dos técnicos de saúde no CS quando doentes e/ ou no esclarecimento de dúvidas.

Por último o etnocentrismo que segundo Riley (2004, p.60), corresponde a *“tendência universal que as pessoas têm para pensar que a forma como pensam, actuam e se comportam é a única certa e natural.”* Esta dificuldade foi realçada por algumas enfermeiras, embora tivessem dificuldade em reconhecer esse obstáculo.

Na formação de pares foi focada a problemática do etnocentrismo. Através da partilha de experiências, os enfermeiros identificaram a dificuldade e, verbalizaram que, a partir

desse dia, estariam atentos para prestarem cuidados de enfermagem culturalmente competentes. Esta partilha de experiencias permitiu a reflexão sobre a acção, que constitui um excelente exercício na prática de cuidados e consequentemente uma melhoria na qualidade.

#### **4 - Identificar as necessidades e problemas sentidos pela criança e família de outra cultura**

Para atingir este objectivo foram realizadas entrevistas não directivas, pois como refere Phaneuf (2005, p.253), *“a sua flexibilidade e o seu carácter natural fazem dela um instrumento privilegiado para qualquer intervenção de natureza relacional, (...)”* Desde modo, foi possível identificar as necessidades e os problemas sentidos pelos imigrantes e de alguns indivíduos de etnia cigana.

Em relação aos imigrantes, mais uma vez, a barreira linguística constitui a principal dificuldade sentida quando recorrem aos serviços de saúde. Quanto a etnia cigana, alguns verbalizaram que é mais fácil recorrerem ao Hospital concretamente ao Serviço de Urgência. Neste podem recorrer a qualquer momento, rapidamente tem acesso a uma “consulta”, aos vários exames de diagnóstico e, ainda, recordando uma mãe *“não temos que nos levantar cedo para ir a consulta”*. Como refere Silva (2005,p.16), *“A especificidade do dia-a-dia cigano reside numa organização do quotidiano centrada na vida familiar em cujo contexto se fazem todas as aprendizagens, isenta de horários rígidos e ritmos regulares impostos do exterior e disponível para a viagem no sentido de deslocações do grupo familiar em qualquer momento que ao próprio grupo convenha.”* Verifica-se uma tendência para a mudança de atitudes e comportamentos, como a adesão ao parto hospitalar, à vacinação das crianças e ao planeamento familiar (Silva, 2005).

#### **5 - Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente pediátrico e família de diferentes culturas**

Para a execução dos objectivos foi realizada uma formação de pares; a sua divulgação foi através de cartazes entregues pessoalmente nos diferentes sectores do CS. Estiveram presentes enfermeiras /os dos diversos sectores que constituem o Centro de Saúde do Lumiar. Os presentes foram informados, e reforçada a importância da comunicação verbal e não-verbal com a criança, jovem e família na transculturalidade, os recursos existentes

para ultrapassar a barreira linguística, a existência de um organismo governamental de apoio aos imigrantes (CNAI), o seu papel do CNAI na sociedade e o seu interesse na resolução de problemas administrativos, sociais e jurídicos dos imigrantes. A inclusão social do imigrante permite obter ganhos em saúde e ainda a corporização dos princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros (DGS, Despacho, nº 25.360/2001).

A avaliação da sessão foi muito positiva com momentos de partilha sobre situações vivenciadas por cada um dos elementos presentes, atendendo a temática da sessão e a população abrangida pelo CS. Foi entregue a enfermeira orientadora brochuras informativas contendo figuras ilustrativas, sobre o ensino do primeiro banho do bebé no domicílio, a amamentação, as cólicas, as manobras de desengasgamento, cuidar do coto umbilical e a mudança da fralda, traduzidas em várias línguas como o mandarim, o ucraniano e o russo. A Enfermeira Chefe do CS reconheceu a sua utilidade e já enveredou esforços para a aquisição de mais brochuras para a saúde materna.

Utilizando estas brochuras informativas o enfermeiro transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (E3.1) (OE, 2010).

Outro aspecto focado foi a comunicação com a *crã*, o jovem e família, através da utilização de técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2) (OE, 2011).

A formação de pares consiste na reflexão sobre qual a filosofia a adoptar na garantia da qualidade do cuidar, condição “*sine qua non*” para a prática autónoma e responsável.

Tive a possibilidade de capacitar a equipa de enfermagem para os cuidados culturalmente competentes. Como refere Purnell & Paulanka (2010, p.11) competência cultural “*é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um indivíduo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável.*” Também informei, os presentes da importância em reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco (A2.2.1) (OE, 2011). Este aspecto é fundamental tendo em conta os graves problemas sócio económicos, que afligem determinados bairros abrangidos pelo Centro de Saúde, tornando essa população mais vulnerável.

Para além da capacitação da equipa de enfermagem sobre os cuidados culturalmente competentes, outra competência desenvolvida corresponde a gestão de conflitos recorrendo à comunicação assertiva com as famílias mais problemáticas que, segundo Riley (2004, p.9), *“envolve o assumir de um papel activo, ter uma atitude positiva, cuidar e não julgar os outros. Salvar os seus direitos e, sem negar os dos outros, comunicar o que pretende de forma clara, sem ameaças ou ataques”*, utilizando a informação existente ou avaliando a estrutura e o conteúdo do sistema familiar (E1.1.6) (OE, 2011).

## **6 - Aprofundar conhecimentos sobre a prestação de cuidados à criança e família das diferentes culturas inseridos na comunidade;**

As actividades para atingir foram fundamentais para a aquisição de competências como futura EESIP, através da observação participante na consulta de enfermagem. Neste âmbito, foi possível, observar o trabalho desenvolvido pela EESIP conhecendo bem as famílias, procurando não se delimitar à criança que está na consulta, mas abrangendo todo o agregado familiar. A consulta de enfermagem é um momento privilegiado para a promoção da interacção entre enfermeira/criança/jovem e família e, neste âmbito o sucesso do cuidado não depende unicamente das informações transmitidas pelo profissional, mas também da participação da família, que apreende a importância do seu papel, enquanto promotora do desenvolvimento saudável da criança (Gomes e Nunes, 2005).

As orientações técnicas vão ao encontro do preconizado no Programa de Saúde Infantil emitido pela DGS, sendo que alguns dos temas mais abordados são os hábitos de sono, onde dorme o bebé, os hábitos alimentares, a higiene oral, se frequenta o infantário e/ou a escola e como foi a sua integração de entre outros. A avaliação do desenvolvimento da criança baseia-se como já referido, na Escala de Avaliação de Competências do Desenvolvimento Infantil (SGS II) e na Escala de Mary Sheridan. Todas estas orientações e avaliações são inseridas num programa informático da consulta de enfermagem, onde constam os dados pessoais da criança, o plano de vacinação realizado, as consultas efectuadas. Também, através desta consulta, são avaliadas e encaminhadas para a Urgência Hospitalar (HSM) as situações de crianças com necessidades de cuidados diferenciados.

A Lei de Bases da Saúde (nº48/90, Base XIII) indica que *“deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos*

Maria Joaquina Abreu Antunes

*mais diferenciados para as situações deles carenciados e garantindo permanentemente a articulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.”* Por outro lado, Marinheiro (2002,p. 49), refere que *“a satisfação das necessidades da criança doente está implicitamente ligada à prestação de cuidados globais, adequados, no momento próprio, eficiente e humanizados, como um direito da criança consignado na Lei de Bases da Saúde (Base XIV).”* O encaminhamento é efectuado por um contacto prévio via telefone com a enfermeira que faz a articulação do Hospital e o Centro de Saúde. Embora a ligação feita pelo EESIP entre o Hospital e o CS não seja reconhecida oficialmente como tal, o seu papel tem vindo a ser fundamental na articulação com o CS, com maior enfoque nas situações de crianças /jovens em situação de risco ou ainda nas situações de doença crónica, sendo que a intervenção do Enfermeiro de Ligação/Articulação, que deve ser Especialista, será de consultor a fim de analisar, orientar, aconselhar e apoiar as situações mais complexas (Marinheiro, 2002).

Ainda a mesma autora (2002,p.58), a intervenção do Enfermeiro de Ligação/Articulação hospitalar concebe a *“prestação de cuidados à criança e família, durante a fase aguda, por forma a que estes possam enfrentar o episódio de doença com o mínimo de disfunção.”* O Enfermeiro de ligação/ articulação na comunidade concebe a assistência a família nas acções necessárias à prevenção da doença e promoção da saúde, incluindo a prevenção da hospitalização (*Ibid*, 2002).

Tive a oportunidade de integrar as reuniões realizadas pelo núcleo de apoio à criança e jovem em risco e, assim, apreender o papel do EESIP inserido nessa equipa multidisciplinar. Foi relevante conhecer os recursos existentes na comunidade para a sinalização e avaliação das crianças e jovens em risco. Outro aspecto a mencionar corresponde ao modo como é programada a visita domiciliária e o benefício da sua realização. Segundo Marinheiro (2002,p.54), a *“visita domiciliária é o instrumento para conhecer o meio em que vive a família e que influencia a saúde de quantos nele habitam.”* No domicílio, a comunicação é estabelecida de forma mais espontânea, descontraída, sendo que a avaliação a efectuar é “completa” e natural do ambiente familiar, físico e social.

Sob o ponto de vista pessoal foi o vivenciar situações (até então inimagináveis para mim) resultantes da observação efectuada nas visitas domiciliárias, como por exemplo, a partilha de um espaço exíguo (quarto) por uma família residente num bairro de cariz social.

A família é constituída por duas crianças, um jovem e dois adultos (pai e filha de vinte anos), em que à noite, para dormirem se estendem os colchões no chão. A divisão da habitação designada por sala é o local onde se fazem às refeições, servindo de arrumação de roupas e outros utensílios. Esta família sobrevive do rendimento de inserção social e da renumeração (equiparado, ao ordenado mínimo) usufruída pela filha mais velha. Para Marinheiro (2002) as condições de habitação podem interferir no equilíbrio e manutenção da saúde da família e, conseqüentemente a situação de exclusão social aliada a recessão económica pode conduzir a pobreza.

### 3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importa salientar que este campo de estágio me permitiu contactar com crianças saudáveis, contrariamente ao meu quotidiano profissional. Para mim foi redentor olhar para o sorriso de uma criança saudável.

Este campo de estágio constitui um aspecto positivo para a minha aprendizagem, no que concerne às competências do EESIP em contexto comunitário. O EESIP agrega uma concepção holística e contextual da criança, jovem e família, incorporando a filosofia dos cuidados centrados na família, que visa proporcionar apoio profissional à criança e família através de um processo de participação, envolvimento e parceria fundamentados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Smith *et al*, 2003). A capacitação da família, através da parceria e negociação dos cuidados, foi outro dos aspectos relevantes da interação do EESIP com o cliente e é transversal às diferentes culturas.

Existiram situações “menos positivas”, que também contribuíram para a consolidação e o aprofundamento conhecimentos neste percurso académico como a exclusão social, quer por situações de carácter cultural, quer por pobreza resultante da recessão económica e, ainda, as situações de maus-tratos quer por negligência, quer por abuso sexual. Foi importante apreender as competências do EESIP inserido numa equipa multidisciplinar que constitui o núcleo de apoio à criança e jovem em risco. Também é de salientar o papel crucial desempenhado pela Unidade Móvel em contexto comunitário, a relação de proximidade com os enfermeiros, o que facilita a comunicação e a relação de ajuda com o cliente.

Este campo de estágio permitiu através das situações vivenciadas um “novo olhar” sobre o trabalho desenvolvido pela EESIP na comunidade, com maior ênfase na comunicação assertiva, que é transversal a todas as culturas.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COWAN, MÁRCIA (2000) – A Saúde da Criança In; STANHOPE; LENCASTER - Enfermagem Comunitária. Loures: Lusodidacta, 2000. ISBN: 9728383053.p.567-592;
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE - **Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE**. Lisboa, 2012. [ em linha]; Acedido a 20/1/2012; Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/>
- Despacho nº 25.360/2001 – **Acesso à Saúde por parte dos Imigrantes;**[ em linha]; Acedido a 10/2/2012; Disponível em: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/desp\\_25\\_360\\_01\\_imi.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/desp_25_360_01_imi.pdf);
- Entidade Reguladora da Saúde (2009) – **Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS;** [em linha]; Acedido a 3 de Fevereiro de 2012 [http://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/86/ERS\\_Estudo\\_do\\_Acesso\\_aos\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_Primarios\\_-\\_Relatorio.pdf](http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS_Estudo_do_Acesso_aos_Cuidados_de_Saude_Primarios_-_Relatorio.pdf)
- GOMES; Rosilene de Mesquita; NUNES, Cristina Brandt: Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Consulta de Enfermagem Pediátrica. **Ensaios e Ci.**, Campo Grande, Vol.10, nº1, p.223- 237, abr. 2006;
- HESBEEN, W. (2001) – **Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar**. Lisboa: Lusociência.
- LEININGER, M. (1993) - Towards Conceptualization of Transcultural Health Care Systems: Concept and Model; **Journal of Transcultural Nursing**; Vol.2, nº4, p.32-40
- OOM, Paulo (2008) – **Livro dos Pais**. 1ª Edição, Âmbar: Lisboa. ISBN 9789724319965;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos**. Divulgar. Lisboa: Autor.

- PURNELL, L.D.; PAULANHA, Betty, J. (2010) - **Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente**. 3ªEd., Loures Editora. ISBN 978-989-8075-28-4;
- SANTOS, E. (2003) - Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. **Revista Referência**, 10, 17-24.
- SILVA, Luísa Ferreira (2005) – **Saúde / Doença é Questão de Cultura**: atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas de Portugal. ACIME, Lisboa; ISBN 989-8000-01-5;
- SMITH, L., et al ( 2003) – Interprofessional learning and family-centred care; **Paediatric Nursing**; Vol 15; Nº 7; September.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile, (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem: IN Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade**, 5ª Ed. Loures: Lusociência; ISBN: 972-8383-74-6;

## CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES DO 1º PERIODO DE ESTÁGIO

ACTIVIDADES PLANEADAS				
Mês:	1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
	Janeiro	Janeiro/Fevereiro	Fevereiro	Fevereiro
	23,24,25,26,27	30,31,1,2,3	6,7,8,9,10	13,14,17,18,19
Pesquisa bibliográfica				
Elaboração do Folheto				
Formação de pares				
Prestação de cuidados -consulta de enfermagem e Unidade Móvel				
Participação na reunião do núcleo de apoio a crianças e jovem em risco				



## **ANEXO II**

### **DIÁRIO DE APRENDIZAGEM**



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM

SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA DO HOSPITAL  
DE SANTA MARTA

REFLEXÃO - O OLHAR SOBRE UMA CRIANÇA



Docente: Prof. Manuela Soveral

Aluna: Joaquina Antunes

Lisboa

Outubro 2011

*“Grande é a poesia, a bondade e as danças,  
Mas o melhor do mundo é as crianças.”*

Fernando Pessoa

## SÚMARIO

**Pág.**

<b>0 - INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1 - DESCRIÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 - SENTIMENTOS</b>	<b>7</b>
<b>3 - AVALIAÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>4 - ANÁLISE</b>	<b>9</b>
<b>5 - CONCLUSÃO</b>	<b>10</b>
<b>6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>11</b>
<b>7 - ANEXOS</b>	<b>12</b>

## **SIGLAS**

**ONG** = Organização Não Governamental;

**ENF<sup>a</sup>** = Enfermeira;

**FG** = Fundação Gil

**RCEEEESCJ** – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem;

**RCCEE** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista;

## 0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e Jovem foi solicitada a realização de uma reflexão sobre a prática vivenciada no desenrolar do estágio. Neste contexto, e segundo Craig e Smyth (2004,p.7), “ *a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos (...).*”. E, não fosse o Homem um ser de potencial reflexivo. O Homem é o único animal com esta potencialidade desenvolvida – reflexão; e no essencial da nossa prática clínica, a reflexão é excelente para um adequado exercício na prática de cuidados.

Estando o meu estágio inserido na temática do projecto de intervenção “*Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade*”, optei por estagiar num Serviço de Internamento de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta. Este serviço acolhe e presta cuidados de saúde a crianças e jovens com patologia cardíaca, dos zero aos dezassete anos, de nacionalidade portuguesa ou estrangeira, com ênfase nos oriundos dos Palop, através dos acordos de cooperação internacional.

Para cuidar da criança é essencial conhecer o seu contexto cultural, os valores, as crenças e o modo de vida da sua família numa perspectiva de acção, indo ao encontro da singularidade e complexidade daquela criança e família no processo de doença. A cultura exerce uma forte influência na vida familiar, na socialização, nas expectativas relativamente aos papéis, nos valores que vão condicionar os comportamentos, o pensamento e, conseqüentemente, a infinidade de experiências ao longo da vida. Se por um lado, ela pode ser facilitadora do caminho, por outro, pode ser um obstáculo na caminhada da pessoa.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho incluiu a pesquisa bibliográfica e a minha reflexão sobre o meu diário de aprendizagem, tendo como guia orientador o ciclo de Gibbs.

Este trabalho tem início com introdução, seguindo-se a descrição, os sentimentos, a avaliação, análise da situação e, por último, a conclusão.

## **1 – DESCRIÇÃO**

Criança de 9 anos de idade (Ibraim), sexo masculino, de raça negra, oriunda da Guiné – Conacri, internado há 2 semanas no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta com o diagnóstico de insuficiência cardíaca secundária a febre reumática. Chegou a Portugal através de uma ONG, inserido nos acordos de Cooperação Internacional. A sua viagem da Guiné para Portugal realizou-se na companhia de outras crianças (em situação semelhante) e um membro da ONG, sendo que no aeroporto foi recebida por uma representante da Fundação do Gil.

Segundo o Ibraim, a comunicação entre o próprio e a representante da Fundação do Gil foi estabelecida quando chegaram à fundação, através uma intérprete, que exerce funções (cozinheira) na instituição.

No dia seguinte à sua chegada foi observado na consulta externa de Cooperação Internacional, onde foram realizados exames de diagnóstico. O seu internamento verificou-se uma semana após esta consulta por cansaço resultante da sua patologia: coartação da aorta.

O Ibraim apresenta fisicamente um aspecto emagrecido (percentil 25), a sua estatura está de acordo com o percentil= 75, bom desenvolvimento psico-motor para a idade. É uma criança com fáceis tristes, de fácil contacto, com dificuldade em comunicar em português. Porém, realça-se a sua motivação e facilidade na aquisição de novas aprendizagens (como a leitura, a oralidade e a escrita da língua portuguesa). Segundo o Ibraim, na sua terra natal estava a frequentar o 3ºano do ensino básico. É o filho mais velho de três irmãos, o seu

pai tem como profissão padeiro e a mãe trabalha na agricultura. A religião professada pela família é o islamismo, falou como a religião era profetizada pelos seus pais. Rezavam cinco vezes por dia, virados para Meca, não podiam consumir determinados alimentos, nomeadamente carne de porco.

Realço o uso de um “adereço”( um fio) na cintura do Ibraim ligado as crenças e rituais do seu país de origem. Perguntei qual é o significado desse “adereço” respondeu-me que não sabia, tinha sido colocado pelo pai e que não o podia retirar segundo a sua tradição. Contou-me com um sorriso rasgado, que ao irmão mais novo também lhe foi colocado idêntico, mas este o retirou.

## **2- SENTIMENTOS**

No primeiro contacto com o Ibraim, ele mostrou-se tímido, baixando os olhos. No segundo dia em que permaneci mais tempo com ele, notei uma tristeza maior que no dia anterior, refugiando-se no jogo interactivo (na PSP), que tinha entre mãos. Nesse momento perguntei ao Ibraim se desejava ficar sozinho e, fiz o gesto para me levantar do cadeirão. Qual foi o meu espanto ao notar no gesto do Ibraim a desligar rapidamente a PSP e olhar para mim com ar de súplica. Nesse instante, coloquei-o ao meu colo e permanecemos algum tempo em silêncio. Quando olhei para o seu rosto, estava coberto de lágrimas. Este chorar “silencioso” fez - me pensar na vulnerabilidade em que aquela criança se encontra.

Mostrava fáceis de tristeza, referindo (expressava-se em português com alguma dificuldade) por várias vezes saudades da sua família, nomeadamente do irmão mais novo e do pai. Ao verbalizar esse estado de alma, acabava por recordar episódios da sua vida diária na companhia da sua família. Ao relatar esses episódios o sorriso e o brilho retornavam aos seus olhos.

O Ibraim no dia seguinte teve a visita da representante da FG, que fez várias tentativas na sua presença de contacto telefónico com o seu pai. Esse contacto não chegou a ser realizado por dificuldade na comunicação. No entanto, reparei que esse esforço por parte da representante da FG deixou o Ibraim com a esperança de conseguir conversar com a sua família. No dia seguinte e, com um sorriso no rosto disse-me: a enf.<sup>a</sup>... (representante da FG) vai fazer novo contacto.

Quando o inquiri sobre a sua doença, respondeu-me com um longo silêncio, olhar distante, simplesmente falou em cansaço, dirigindo o olhar para o televisor e falando sobre o programa que estava a ser transmitido.

Em relação a sua cultura, deixou de rezar e já se alimentava de carne de porco, que “posso eu fazer “?

Perante a situação do Ibraim senti-me impotente, triste pela vulnerabilidade a que criança está sujeita. Impotência de não poder ir além do que dar colo, silêncio, parceria nos jogos. Questiono-me se o sofrimento emocional e afectivo desta criança

### **3 – AVALIAÇÃO**

A demonstração de disponibilidade por parte do enfermeiro foi fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança e motivação por parte da criança. Assim, ele pode partilhar a sua vivência de enorme vulnerabilidade, quer pela doença e a hospitalização, quer ainda pela ausência dos pais e num país diferente, logo com uma cultura diferente.

### **4 – ANÁLISE**

Relativamente à análise da situação é de destacar o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança, que teve início com actividades lúdicas como seja o: brincar através de um jogo (puzzle de palavras). Brincar é um direito de todas as crianças. Segundo Papalia, Olds e Feldman (2001,p.365), *“brincar é o trabalho dos mais novos. Brincando, as crianças crescem, (...) estimulam os seus sentidos, aprendem a usar os músculos, a coordenar o que vêem com o que fazem e ganham domínio sobre os seus corpos. Descobrem coisas acerca do mundo e acerca delas próprias. Adquirem novas competências. Tornam-se mais proficientes no uso da linguagem, experimentam diferentes papéis e – ao reconstruírem as situações da vida real – lidam com emoções complexas.”*

Esse brincar ou seja esta interacção facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança mútua e o saber comunicar com o Ibraim tornou-se mais fácil. No entanto, é de registar como é relevante o tom de voz que é utilizado neste tipo de situações e a

relação empática, que se estabelece neste momento de fragilidade e vulnerabilidade. O tom de voz utilizado foi baixo e suave /calmo, foi concebido um ambiente propício para o envolvimento da criança no brincar e, por conseguinte o estabelecimento de uma relação interpessoal. Segundo Stefanelli et al (1981) referidos por Diogo (2000), o apoio emocional é uma das medidas terapêuticas mais eficazes no relacionamento interpessoal. Este apoio está implícito no contacto, no cuidar de enfermagem do cliente.

Outro aspecto a frisar é a ausência dos pais, factor que torna esta criança em situação de maior vulnerabilidade. O cliente pediátrico é entendido como o conjunto da criança/família, uma vez que a natureza da criança torna esta díade absolutamente indissociável. A família é a primeira célula de socialização dos indivíduos e, ainda segundo Carneiro (2000,p.7) *“A Família, que é o grupo responsável pela formação das pessoas, que é a primeira de todas as escolas, das múltiplas e exclusivas aprendizagens estruturantes da personalidade, preparadoras para a aquisição de outros saberes mais formais. E fá-lo eficazmente porque é próxima, porque ama, porque envolve e inclui.”* E possui um papel integrador ao ambiente hospitalar

Neste contexto, não foi possível prestar cuidados de enfermagem centrados na família. No entanto, a filosofia dos cuidados centrados na família são responsáveis por uma ocupação considerável de tempo, empenho e dedicação no comunicar em saúde e em contexto de ajuda mútua. A participação da família ocorre no nível que desejam participar e nos cuidados que desejam prestar à criança, mediante um processo de negociação. Embora o processo de negociação, liderança e decisão mantém-se no domínio do enfermeiro.

A comunicação a este nível entre enfermeiros e pais, é uma comunicação onde predomina a partilha de conhecimentos e onde se enaltece e realça as capacidades e as forças dos pais e família para cuidar da criança (E1.1.) (RCEESCJ, 2011).

Os cuidados à criança e família devem ser personalizados, individualizados, ter em conta as características socioeconómicas e culturais da família, ser adequados ao contexto e ser ajustados às necessidades daquela família. (E2.5.) (RCEESCJ.2011).

A ausência dos pais pode ser ultrapassada ao ser permitido contacto telefónico com os mesmos.

A hospitalização e a doença são aspectos que também devem ser analisados. Para além da separação dos pais, a residir num país com um idioma distinto do seu e conseqüentemente uma cultura diferente, a hospitalização pode tornar-se numa experiência aterrorizante para a criança. Resultante de vários factores como a

ausência dos pais, pela constante exploração do seu corpo, pela realização de inúmeros procedimentos, pela submissão a restrições e pela forma como a equipa hospitalar conduz essa experiência.

A criança pode perceber a doença, os procedimentos e a hospitalização como uma agressão externa, uma punição que pode trazer sentimentos de culpa podendo ter repercussão desfavorável no processo de doença, hospitalização e para a sua vida. Este sentimento negativo poderá ser ultrapassado quando entender a doença, a hospitalização e a necessidade dos procedimentos.

Os cuidados de enfermagem não são unicamente procedimentos técnicos, mas primeiramente solidariedade, e respeito pelo ser humano, (A2.1.1) (RCCEE, 2011) uma vez que a criança na sua condição “indefesa” procura nos adultos apoio, carinho e compreensão. Esse apoio e compreensão deve ter como ponto de partida o brincar. Através da brincadeira a criança pode “alterar “ o seu ambiente em que se encontra, aproximando-o da sua realidade quotidiana o que poderá ter um efeito benéfico aquando da hospitalização.

## **5 - CONCLUSÃO**

Ao reflectir sobre a minha vivência neste campo de estágio, coloco-me perante dilemas e dúvidas que remeto para o campo da reflexão bioética.

As crianças são retiradas dos pais, conduzidas para um país diferente sem um familiar de referência. Sabemos que, em primeira instância, se encontra o interesse superior da criança, porém, coloco a seguinte questão: Como será o seu crescimento e o desenvolvimento como ser humano nas suas várias dimensões?

Ao considerar a definição de saúde segundo os padrões de qualidade da OE (2001,p.15) “ *é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.*”

Neste contexto o físico é cuidado, e os restantes domínios?

Segundo a minha perspectiva, são tomadas de decisão inseridas nas políticas de saúde, que devem ser repensadas, no sentido de que estas crianças devem ser acompanhadas por um familiar.

A família é parte integrante da vida da criança sã ou doente e, num processo de saúde – doença, esta executa movimentos convergentes em busca da harmonia familiar. A família é quem melhor conhece a criança e deve ter um papel preponderante em todo o processo de tratamento.

Concluo que é fundamental reflectir e avaliar criticamente o que se faz para se poder valorizar o que foi feito correctamente e reformular o que estiver menos correcto. Estas estratégias permitem o desenvolvimento do conhecimento pessoal, científico e interpessoal.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carneiro, Maria do Rosário (2000) **Nova Cidadania**; Julho/Setembro, p. 7;
- CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidencia - Manual para Enfermeiros**; Loures, Lusociência; ISBN: 972 – 8383 -61-4;
- Declaração do IPA (1982) - **A Criança e o direito de brincar**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança;
- DIOGO, Paula Manuela Jorge (2000) - Necessidades de apoio dos familiares que acompanham a criança com doença oncológica no internamento. *In: Pensar enfermagem*. - Lisboa. - ISSN 0873-8904. - V. 4, n.º 1 (1º semestre), p. 12-24;
- HOCKENBERRY, et al (2006) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; ISBN 85-352-1918-8;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**; [em linha]; [em linha], Acedido a 27 de Julho de 2011 [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**; [ em linha]; acedido a 27 de Julho de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- PAPALIA, D. E., et al (2007). - **O mundo da criança**; 8ª Edição). Lisboa: McGraw-Hill;

## **ANEXOS**

## **BREVE REFERÊNCIA SOBRE O ISLAMISMO**

O Islamismo é uma religião fundada no início do século VII por Maomé, que clamou ter recebido várias visitas do Anjo Gabriel que revelou as palavras de Alá (Deus). É uma religião abraâmica monoteísta ligada ao Corão, que segundo os seus seguidores contém a palavra de Alá. Os adeptos do islamismo são designados por muçulmanos. Os muçulmanos consideram Abraão, Moisés e Jesus profetas que revelaram uma fé primordial. Consideram o Alcorão como a revelação final de Deus, foi estruturado entre 650 e 656 durante o reinado do califa Otman.

O Alcorão é constituído por 114 capítulos designados por Suras. Cada Sura está subdividida em versículos denominados Ayat. Os capítulos não possuem dimensões iguais (o menor é constituído por três versículos, e os mais longos duzentos e oitenta e seis versículos). Noventa e dois capítulos foram revelados em Meca e vinte e dois em Medina.

São cinco os pilares básicos do Islão e constituem os deveres fundamentais para cada muçulmano:

- a recitação e aceitação da crença (Chahada ou *Shahada*)
- orar cinco vezes ao longo do dia (Salá, *Salat* ou *Salah*)
- pagar esmola ( Zakat ou Zakah)
- fazer o jejum no Ramadão ( Saum ou Siyam )
- fazer a peregrinação a Meca ( Haj) se tiver condições físicas e financeiras (pelo menos uma vez na vida )

O islamismo é a segunda maior religião do mundo e tem a seguinte denominação: 80% a 90% são de origem sunita, 10% a 20% são xiitas. Na Ásia Central vivem 2%, 25% vivem no Sul da Ásia, no Médio Oriente vivem 20%, nos restantes países no Sudeste Asiático vivem 4%, e ainda 15% na África Subsaariana. Na Indonésia o maior país muçulmano do mundo vive 13 % dos muçulmanos. Também se encontram comunidades islâmicas na China, Rússia e Europa. O islamismo em África teve início após a sua formação, quando os muçulmanos fugiram da perseguição em Meca chegando a Eritreia. A

divulgação da religião foi realizada por mercadores e marinheiros persas. Constitui a religião com maior número de aderentes, nomeadamente na África Central e Oriental.

A morte de Maomé desencadeou um desacordo político, que se manifestou em desacordo religioso. Este provocou uma guerra civil, associada há várias causas. Porém, uma causa para a guerra civil foi o ressentimento do poder do terceiro califa e dos seus governantes, outra surgiu das rivalidades comerciais entre facções da aristocracia mercantil. A guerra deu origem a formação de três grupos. Desta divisão surgiu um grupo denominado sunitas, que são seguidores da *sunna* (prática) do profeta Maomé, de acordo com os seus companheiros ( *a sahaba*). Os xiitas e os Kharijita formam os restantes do grupo, resultado dessa divisão pós guerra. Os xiitas acreditavam, que o único líder legítimo vinha da linhagem do primo e genro de Maomé – Ali. Os sunitas consideram o xiismo como grupo rebelde, herege, dentro do islão.

O local mais sagrado para os muçulmanos é o Caaba, que é um edifício dentro da principal mesquita de Meca, na Arábia Saudita. Medina é o segundo local sagrado para os muçulmanos, onde Maomé se encontra sepultado. Terceiro local sagrado para os muçulmanos é a cidade de Jerusalém pela associação dos profetas anteriores a Maomé.

Para os muçulmanos a sexta feita é considerado o dia santo, em que o *Íman* realiza a oração colectiva ( *Salát'al- Jumuah*) na mesquita. Também é o dia que o *Íman* trata dos problemas da comunidade. Esta oração é realizada ao meio dia segundo os rituais do islão, em que os participantes se encontram virados para meca. Homens e mulheres fazem as suas orações em locais diferentes da mesquita. As práticas da limpeza e purificação antes das orações constituem outro dos rituais ( *wudú*). Nenhuma oração será válida, se o crente não se purifica primeiro. Estas práticas passam essencialmente pela lavagem detalhada das mãos, os antebraços, a boca, as narinas, a face. Como também passar água pelas orelhas, pela nuca, pelo cabelo e pés. Caso o crente se encontrar numa área sem água ou numa área onde a utilização da água não é aconselhável, pode substituir simbolicamente por areia ou terra ( *tayammum*).



2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM

UNIDADE DE NEONATOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR BARREIRO -MONTIJO

HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - BARREIRO

**REFLEXÃO – O QUE COMUNICAR**



Aluna:

Joaquina Antunes nº 3559

Barreiro

Novembro de 2011

*«O nosso caminho é que nos descobre, sempre que passe por nós o caminho de alguém.»*

(Eduardo Sá, 2006)

## ÍNDICE

PÀG

0 - INTRODUÇÃO	5
1 - DESCRIÇÃO	7
2 - SENTIMENTOS	8
3 - AVALIAÇÃO	8
4 - ANÁLISE	9
5 – CONCLUSÃO	12
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXOS	

## **SIGLAS**

**LA** = Leite adaptado

**HGO** = Hospital Garcia de Orta

**HSM**= Hospital Santa Maria

**HDE** = Hospital Dona Estefânia

**RN** = Recém-nascido

**CHMB** = Centro Hospitalar Montijo Barreiro

**EESIP** = Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

**RCEEESCJ** – Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

**RCCEE** – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

## 0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e Jovem foi solicitada a realização de uma reflexão sobre a prática vivenciada no desenrolar do estágio. Neste contexto, e segundo Craig e Smyth (2004,p.7),” *a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos (...).*” E, não fosse o Homem um ser de potencial reflexivo, pois é único animal com esta potencialidade desenvolvida – reflexão e, no essencial da nossa prática clínica, a reflexão é excelente para um adequado exercício na prática de cuidados.

A Unidade de Neonatologia onde tive a oportunidade de estagiar fica inserida no Centro Hospitalar Barreiro - Montijo, mais concretamente no Hospital do Barreiro. Esta Unidade acolhe os recém-nascidos até aos vinte e oito dias de vida, que necessitam de cuidados neonatais ao nível dos cuidados intermédios. Os recém-nascidos que necessitam de ventilação invasiva são transferidos para uma Unidade diferenciada (o HGO, HSM ou HDE) por inexistência de recursos humanos e técnicos. Contudo, existe um ventilador portátil para as situações emergentes e permanecem na Unidade os recém-nascidos que necessitam de ventilação não invasiva e, para tal, existe um aparelho de CPAP.

Este estágio decorreu num curto espaço de tempo (de 7 a 11 de Novembro de 2011), no entanto tive oportunidade de trabalhar a comunicação assertiva e a empatia, além de outras técnicas de comunicação. Estes aspectos da comunicação foram reforçados, no último dia de estágio ao participar juntamente com a enfermeira orientadora na consulta de enfermagem (consulta de desenvolvimento).

O EESIP deve reunir as condições necessárias para que a atenção prestada à criança e família, que recorre à primeira consulta de enfermagem na vida da criança, seja a melhor possível, percepcionando as necessidades de informação e formação da família no sentido desta concretizar o seu projecto de saúde. Neste contexto é relevante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre a transição e a vinculação para estabelecer uma relação de ajuda aos pais. No decurso de vinculação pais-bebé, a equipa multidisciplinar tem de promover essa vinculação, possibilitando aos pais oportunidades para pegar, permanecer e comunicar com o bebé (HOCKENBERRY *et al*, 2006). Desta forma o

processo de cuidar do bebé pelos pais, tem início com um olhar, seguido de um toque tímido, que lentamente se torna mais seguro e prolongado e, eventualmente, uma voz suave e carinhosa (HOCKENBERRY *et al*, 2006).

Este período de transição para parentalidade constitui um processo de passagem de um estado para outro, conduzindo a uma fase de maior vulnerabilidade aos riscos e, conseqüentemente, a verem a sua saúde comprometida (Meleis *et al*,2000). A transição é vivenciada pelos pais de acordo com inúmeros factores como: o significado atribuído aos acontecimentos que levam a transição, valores e crenças culturais, estatuto socioeconómico, preparação e conhecimento, as circunstâncias da comunidade, os recursos existentes na mesma (MELEIS *et al*,2000).

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho incluiu a pesquisa bibliográfica e a minha reflexão, tendo como guia orientador o ciclo de Gibbs.

Este trabalho tem início pela introdução, seguindo-se a descrição, os sentimentos, a avaliação, análise da situação e, por último, a conclusão.

## 1 – DESCRIÇÃO

Maria, recém-nascida com cinco dias de vida, raça caucasiana internada na Unidade de Neonatologia com o diagnóstico de desidratação moderada/grave, com ligeira alteração dos parâmetros laboratoriais, nomeadamente a função renal (Ureia = 80, Creatinina = 0,8). Peso ao nascer = 3,450kg, perímetro cefálico 32cm, comprimento 48cm (percentil 50); índice de Apgar ao 1 minuto = 9 e aos 5 minutos = 10; parto eutócito às 40 semanas no Hospital do Barreiro, gravidez sem intercorrências vigiada pelo médico de família. Teve alta hospitalar ao segundo dia de vida na companhia da mãe, a fazer aleitamento materno exclusivo.

A Maria é a primeira filha de pais de origem romena com alguma dificuldade em dominar a língua portuguesa, ambos com o grau académico ao nível do secundário.

Ao longo do terceiro dia de vida a mãe ficou na dúvida se a bebé estava a mamar o suficiente e, se estava a fazer uma boa pega mamária, por achar a filha mais sonolenta embora reactiva à manipulação.

Ao quarto dia de vida recorreu ao Centro de Saúde da área de residência, para a realização do rastreio das doenças metabólicas. Os pais colocaram as suas dúvidas à enfermeira sobre o modo de reagir do seu bebé se enquadrava dentro dos padrões normais. Segundo os pais foram informados que, o processo de adaptação do bebé ao peito materno era moroso e que, o mesmo se encontrava dentro dos parâmetros para a idade. Nesse dia somente foi efectuado o rastreio das doenças metabólicas.

Ao quinto dia de vida receberam em sua casa a visita da avó paterna, que notou a bebé hipotónica e aconselhou os pais a recorrerem ao hospital.

Na Urgência de Pediatria, a enfermeira verificou que a bebé tinha perdido 500gr ou seja, acima dos 10% que é aceitável para este período de um recém-nascido na primeira semana de vida. Diminuição acentuada do turgor cutâneo, hipotónica, com ligeiro gemido, fontanela anterior ligeiramente deprimida, mucosa oral seca e discreta prega cutânea. O médico do serviço de urgência, informado da situação, decidiu o internamento no Serviço de Neonatologia após a colheita de sangue e urina para análises.

Durante as primeiras 24 horas de internamento esteve a fazer alimentação por sonda nasogástrica de LA. Ao segundo dia de internamento foi colocada ao peito materno fazendo boa pega, mas rapidamente demonstrou desinteresse, mantendo-se reactiva aos estímulos externos.

Esteve internada durante três dias, teve alta para o domicílio, referenciada para a consulta de desenvolvimento do Hospital. E ainda com indicação para reavaliação em Hospital de Dia na

primeira semana após alta. A finalidade desta referenciação tem subjacente a vigilância e prevenção de sequelas.

## **2 - SENTIMENTOS**

Ao conversar com os pais apercebi-me de um conjunto de emoções, por um lado a culpabilização pela situação da filha, por outro não terem questionado de forma veemente a enfermeira que realizou o rastreio das doenças metabólicas. A mãe mencionou por diversas vezes que se sentia culpada por não ter questionado com maior perseverança a enfermeira do Centro de Saúde.

Senti-me constrangida perante esta ocorrência, inicialmente ficou sem saber o que expressar aqueles pais bastante fragilizados com a situação. Na primeira instância optei pela escuta, posteriormente informei os pais da importância de recorrer ao Centro de Saúde para vigilância de Saúde da sua filha. Transmiti aos pais, que apesar da ocorrência menos positiva, o Centro de Saúde continua a ser a “instituição” onde devem recorrer para a vigilância de saúde e o motivo pela qual o devem fazer. E sempre que surgirem dúvidas podem recorrer ao Centro de Saúde ou contactarem a Linha de Saúde 24 horas.

## **3 – AVALIAÇÃO**

Apesar da ansiedade demonstrada pelos pais, houve espaço para o estabelecimento de uma relação de ajuda com o enfermeiro, quer pela demonstração de disponibilidade de escuta, quer pela ajuda no desenvolvimento de estratégias de encarar o futuro com optimismo no que concerne à vigilância de saúde da sua filha. Phaneuf (2005,p.12) menciona que, *“cada um dos contactos da enfermeira com a pessoa cuidada contém possibilidades de compreensão das suas necessidades e dificuldades, possibilidades de partilha das suas angústias e dos seus sentimentos, das suas crenças e das suas expectativas, tal como as possibilidades de intervir para apoiar, para lhes manifestar compreensão e ajudar a retomar coragem e, se possível, a reencontrar o controlo da sua vida.”*E, por conseguinte a sua realização em todas as suas dimensões.

Para mim foi enriquecedor o facto ter estimulado os pais a identificar as suas dificuldades, e ajuda-los a descobrir os seus recursos tornando-os intervenientes activos da sua própria vida.

## 4 – ANÁLISE

Apesar de uma enorme angústia por parte dos pais, foi fundamental o cuidado na utilização de uma comunicação responsável, o que significou a utilização da “arte” do saber ouvir, e em determinada altura da conversa não saber o que dizer, e ainda o sentar próximo dos pais demonstrando disponibilidade, preocupação e confiança. Segundo Riley (2004,p.18), o enfermeiro ao aprender a comunicar de modo assertivo e responsável *“adquirirá conhecimentos básicos (domínio cognitivo); tornar-se-á mais seguro através da crença no valor e impacto da comunicação positiva (domínio afectivo) e por fim será confrontado a pôr à prova o seu desempenho (domínio psicomotor).”* Neste contexto a comunicação é fundamental por se tratar do nascimento de um filho (concretamente de um primeiro filho), o que constitui um acontecimento marcante na vida dos indivíduos. As implicações que daí decorrem acarretam mudanças aos diferentes níveis, exigindo variadas respostas por parte dos intervenientes.

O tornar-se pai/mãe é um acontecimento que conduz a alteração de papéis, pelo que no processo de adaptação à parentalidade podem surgir sentimentos de insegurança, dificuldade, tensão emocional e ansiedade, que podem comprometer a saúde da criança e dos próprios pais, quer no imediato quer no futuro. De facto, é importante a enfermeira promover a vinculação entre o bebé e os pais. O processo de vinculação tem início na interacção entre bebé e pais, nomeadamente no pegar ao colo, no tocar o seu bebé. Estas informações são úteis para os pais, de modo a vivenciarem um processo de transição para a parentalidade de forma calma e segura. No entanto, é necessário enquadrar todo este processo numa matriz cultural. Por outro lado, a relação de proximidade estabelecida entre o enfermeiro os pais e a criança nos primeiros meses de vida são fundamentais no desenvolvimento de uma intervenção efectiva consolidada nos princípios de uma relação de terapêutica.

É fundamental que o enfermeiro adquira conhecimentos científicos acerca da parentalidade, pois esta condição constitui um potencial na promoção da saúde e o bem-estar das crianças, pelo que constitui uma unidade de competência do enfermeiro especialista como é mencionado no RCEEESCJ (E1.1, 2011) “ implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade (...)”. Não menos importante o transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infanto-juvenil (E3.1.) (RCEEESCJ,2011), no sentido de impedir, que o desenvolvimento físico e emocional provoque problemas quer a nível social, quer da saúde.

No Plano de Nacional de Saúde 2004/2010 emanado pelo Ministério da Saúde (2004) foram identificadas, entre outras, como estratégias prioritárias: “nascer com saúde”, cujas intervenções e os objectivos estratégicos são dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-

concepcional, no puerpério e melhorar os indicadores no período perinatal, e “crescer com segurança”, em que a melhoria da articulação entre serviços e a promoção da saúde infantil foram definidos como objectivos estratégicos. A concretização dos objectivos contemplados neste Plano afiguram-se como metas que conduzem à obtenção de “ganhos em saúde.”

Por se tratar do nascimento de um primeiro filho, com as dificuldades que daí advêm, é imperativo mencionar o conceito de transição e como esta fase é vivida pela família.

A transição é, cada vez mais, um conceito central na enfermagem porque os pais se encontram em processo de passagem de um estado para outro, tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e consequentemente, a verem a sua saúde atingida (Meleis *et al*, 2000). A vulnerabilidade é consequência dos pais não saberem como agir perante uma situação que nunca vivenciaram, o desconhecido.

Este processo é vivenciado pelos pais de acordo com vários factores que podem influenciar essa vivência, factores como: condições pessoais (o significado atribuído aos acontecimentos que levam à transição, aos valores e às crenças culturais, estatuto socioeconómico, à preparação e ao conhecimento), as circunstâncias da comunidade (recursos) e ainda a sociedade onde se encontram inseridos (por exemplo: estereótipos, marginalização dos imigrantes de certas etnias.) Meleis *et al* (2000).

Segundo a mãe da Maria, a vivência deste processo de transição foi calmo até ao momento da alta da maternidade, momento em que ficou assustada, quando se apercebeu que, a partir daquele dia iria, cuidar da filha sem a supervisão dos enfermeiros e, reconhecendo que não reunia os conhecimentos práticos para cuidar dela. No dia da alta pensou na sua família mais alargada a residir na Roménia nomeadamente a sua mãe (avó materna da Maria), que a ajudaria neste processo de adaptação conforme os rituais da sua terra.

Perguntei à mãe da Maria quais eram os rituais da sua terra aquando do nascimento de uma criança. Mencionou que o principal era o repouso da mãe (a única preocupação era a amamentação), enquanto o bebé era cuidado pela avó ou, na sua ausência outro familiar próximo do sexo feminino. Sabia da existência de outros rituais, mas não os sabia concretizar. Falou-me que a sua culpabilização surgiu aquando do internamento da filha. No entanto, referiu que esta fase de aprendizagem de um modo doloroso a tornou mais confiante no futuro.

As intervenções terapêuticas de enfermagem devem proporcionar conhecimento e *empowerment* àqueles que a vivem, promovendo respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias (Meleis *et al*, 2000).

A hospitalização é um factor que pode interferir no processo de transição e conseqüentemente no processo de vinculação. A vinculação é definida por Ainsworth, (1989,p. 709) como “o processo pela qual o indivíduo estabelece uma ligação afectiva privilegiada e duradoura com a figura que habitualmente lhe dispensa os cuidados maternos”. Apesar de que os laços de vinculação não são automáticos, o seu desenvolvimento é progressivo, o que torna indispensável que o enfermeiro estimule esta proximidade entre mãe e filho, com maior ênfase quando o bebé se encontra hospitalizado (E3.2), a utilização de estratégias para promover o contacto físico pais/RN (E.3.2.4), o promover a amamentação (E.3.2.5) e, ainda, o negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (E.3.2.6.) (RCEESCJ,2011).

Atendendo ao fenómeno da globalização torna-se indispensável que os profissionais de saúde, concretamente os enfermeiros, passem a conhecer a sua própria cultura e a dos seus clientes, pois esta tem uma forte influência nos comportamentos e percepções de ambos em relação aos cuidados de saúde. Para atingir esse propósito, é necessário que os enfermeiros reconheçam e transponham determinados valores da sua cultura, assim como o seu etnocentrismo, uma condição para desenvolver na análise de diferentes culturas. Ao ultrapassar as questões de diferenças culturais o enfermeiro adquire duas das competências mencionadas no RCEESCJ (2011) (E.3.3.), (E.3.3.2).

No modelo de competência cultural, segundo Purnell & Paulanka (2010), são doze os domínios da cultura: comunicação, organização e papel desempenhado pela família, questões relacionadas com a actividade laboral, ecologia biocultural, comportamentos de alto risco para a saúde, nutrição, práticas relacionadas com a gravidez e parto, rituais de morte, espiritualidade, práticas de saúde e prestadores de cuidados pois estes domínios encontram-se interligados e tem implicações para a saúde.

## 5 - CONCLUSÃO

Ao concluir esta reflexão sobre a minha vivência neste campo de estágio, remeto em primeiro lugar para os cuidados no período pós-parto em que se dá início ao processo de parentalidade e, conseqüentemente ao processo de transição / vinculação, A qualidade dos laços vinculativos estabelecidos entre pais e filhos constituem um factor determinante para o desenvolvimento afectivo e, por conseguinte, para o desenvolvimento saudável de qualquer criança e que servirá como suporte ao modo como estabelecerá a relação com ela própria e com o mundo que a rodeia.

Compete ao enfermeiro especialista desenvolver um conjunto de intervenções junto dos pais com o propósito destes adquirirem determinados conhecimentos, que os torne capazes de desempenhar as funções subjacentes a parentalidade. É de salientar que o enfermeiro é o profissional de saúde que, pela sua posição privilegiada (pela proximidade) na equipa de saúde, tem a oportunidade de apoiar os pais e os acompanhar durante o processo de adaptação à parentalidade, através da orientação e do treino sobre os cuidados ao bebé, que são diversos e exigem dos pais a aprendizagem e o desenvolvimento de novas competências.

A intervenção do enfermeiro na vigilância de saúde do bebé passa por assegurar, que o crescimento e o desenvolvimento da criança se efective adequadamente, através da avaliação e identificação precoce de desvios à normalidade e do agir atempadamente.

Nas situações de risco é importante a sua sinalização precocemente e o seu encaminhamento para os profissionais especializados designadamente às equipas de intervenção precoce.

A comunicação foi outro factor que mereceu a minha reflexão com maior ênfase, por se “tratar” de pais que não dominam a língua portuguesa. Phaneuf (2005,p.10) refere que, o “*trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial, uma vez que é o veículo de toda a intervenção*”, em que factores como a comunicação e a relação terapêutica são pilares importantes no cuidar em enfermagem.

O cuidar em enfermagem transcultural expressa-se conjuntamente por padrões universais e locais nos diferentes contextos culturais. Segundo Leininger (1993) que “*culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneira diferente, apesar de haver pontos em comum no cuidado de todas as culturas do mundo*”, sustentando que cuidar pode ter representações diferentes, mas é universal na sua dimensão. Daqui emergem novas competências para os prestadores de cuidados – a competência cultural.

A reflexão sobre as questões atrás descritas permitiu o meu desenvolvimento como pessoa, profissional e como cidadã do mundo.

## 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 ABREU, Wilson (2003) – **Saúde, Doença e Diversidade Cultural: Pensar a Complexidade dos Cuidados a Partir das Memórias Culturais**; Lisboa, Instituto Piaget; ISBN: 972-771-638-5;
- 📖 AINSWORTH, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychology*, 44(4), 709-716.
- 📖 CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L. (2004) – **Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros**; Loures, Lusociência; ISBN: 972 – 8383 -61-4;
- 📖 LEININGER, Madeleine; MCFARLAND, Marilyn,R. (2002)-**Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices**; 3ªEdição, ISBN: 0-07-135397-6
- 📖 RILEY, Julia Balzer (2004) – **Comunicação em Enfermagem**. Quarta Edição. Loures: Lusodidacta, ISBN 978972838381;
- 📖 PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação**; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
- 📖 Meleis, et al (2000). **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28;**
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2001) - **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem**. Conselho de Enfermagem. Edição da Ordem dos Enfermeiros [ em linha] *Acedido a 18 de Novembro de 2011*  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**; [em linha],Acedido a 27 de Julho de 2011  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf);
- 📖 ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2011) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**:[ em linha], acedido a 27 de Julho de 2011  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;

- 📖 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004). **Plano Nacional da Saúde 2004-2010**: orientações estratégicas. Lisboa: DGS.
- 📖 PURNELL, Larry D., PAULANKA, Betty J. (2010) - **Cuidados de Saúde Transculturais – Uma Abordagem Culturalmente Competente**. Loures; Lusodidacta; ISBN: 978-989-8075-28-4;

## ANEXOS

## BREVE REFERÊNCIA A ROMÉLIA

A Roménia fica situada a sudeste da Europa, país montanhoso a norte, a sul é banhado pelo vale do Danúbio. Este forma um delta próximo do Mar Negro. Faz fronteira com os seguintes países: Sérvia; Bulgária, Moldávia, Hungria e Ucrânia

Pela sua posição geográfica entre o Oriente e o Ocidente tornou-se numa zona estratégica na Europa. As principais cidades são Brasov, Timisoara, Cluj- Napoca e a capital, Bucareste.

É constituída por vários povos como: Húngaros (6,6%), Romanos (89,5%), Ucrânicos (0,3%), Ciganos (2,5%), Alemães (0,3%), Turcos e Tártaros (2%), Russos (0,2%) e outras (0,4%) .

A Roménia tem como recursos naturais como o petróleo, gás natural, carvão e ferro. Integra a União Europeia desde 2007.

## LÍNGUA

O Romeno é a língua oficial, uma língua românica, portanto derivada do latim, embora geograficamente esteja próxima dos países de língua eslava.

As minorias, como os húngaros e descendentes alemães, sobretudo na Transilvânia, também falam o alemão e húngaro.

## RELIGIÃO

A religião dominante é na Roménia é a Ortodoxa Romana (86,9%) pertencente ao Cristianismo Ortodoxo Oriental. Predominam também outras religiões como o Protestantismo (4,0%) e o Catolicismo Romano (4,7%), nomeadamente nas áreas próximas da influência ocidental. Para além das religiões mencionadas pratica-se ainda a Católica Grega (3%) e uma minoria da religião muçulmana (de etnia turca e tártara) na região de Dobruja, situada na costa do Mar Negro.



### CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES

	Actividades Planeadas
	Período de 7 a 11 Novembro
Observação da dinâmica do serviço	
Pesquisa bibliográfica	
Prestação de cuidados ao RN e família de culturas diferentes	

# **REFLEXÃO DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DO BARREIRO**



## REFLEXÃO FINAL

Ao reflectir acerca da aprendizagem que desenvolvi e o percurso efectuado, considero que a sua redacção foi importante para promover o exercício mental que já tinha feito. Segue-se a descrição de uma vivência emocionalmente intensa, que me conduziu a uma profunda reflexão do cuidar em enfermagem, no que concerne à dimensão humana.

## DESCRIÇÃO

“ Vitória “ (nome fictício), catorze anos de idade, raça caucasiana, oriunda da Moldávia, a residir em Portugal desde os cinco anos de idade na companhia dos pais. Deu entrada às 8.15h no serviço de urgência pediátrica do Hospital do Barreiro transportada pelo INEM em paragem cardio-respiratória e, apesar das manobras de ressuscitação, veio a falecer às 8.20h.

Aparentemente saudável, sem antecedentes pessoais de saúde relevantes. No percurso para a escola foi observada por uma vizinha (proprietária de uma pastelaria próximo da escola) numa marcha cambaleante, posteriormente sofreu queda da própria altura (1,70), batendo com a região frontal sobre piso de pedra (calçada). Nessa altura foi socorrida pela vizinha, segundo esta a Vitória ainda fez uma tentativa de se levantar e verbalizou que se sentia bem. A seguir ficou inconsciente, altura que foi socorrida pelo INEM.

## SENTIMENTOS

Inicialmente senti um misto de emoções como a tristeza, a frustração, a compaixão. Como refere Diogo (2006,p.67) ” *o enfermeiro enquanto humano que cuida de outro humano, é confrontado com situações emocionais intensas e com o sofrimento emocional, com a emoção e o sentimento do cliente e com as suas próprias emoções e sentimentos*”, é difícil conter as nossas emoções e sentimentos quando estamos a cuidar do outro em sofrimento, e nas situações de morte esses sentimentos e emoções emergem de forma espontânea e com maior ênfase.

A tristeza foi das primeiras emoções que emergiu nesta situação, pela “injustiça da vida”, uma jovem que simboliza a alegria, o futuro, a esperança, que perece sem justificação aparente. Citando Diogo (2006,p.50) “ *uma das principais funções da tristeza é a ajudar a*

*adaptarmo-nos a uma perda significativa, como a morte de (...) ou um grande desapontamento”, pela morte prematura de um filho para os pais.*

A frustração como profissional em não ter salvo uma vida, parafraseando Diogo (2006,p.60) “ *os profissionais não aceitam não salvar (...), apesar das estratégias cuidadoras* “, os profissionais de saúde são formados para a cura, diminuir a dor e o sofrimento, manter a vida e o restabelecimento são as características de um bom cuidado, quando confrontados com a morte, por vezes, os seus sentimentos e emoções são reprimidos (com a adoção de mecanismos de defesa) ou exteriorizados (como, por exemplo, o choro).

A compaixão foi outro sentimento vivenciado por mim, ao pensar no sentimento de perda de um filho, o estar longe da família (são pais imigrantes) e, ainda ao reviver esse sentimento de perda de modo pessoal. Como é mencionado por Diogo (2006,p.64) “*a compaixão é sofrimento pelo sofrimento do outro.*” Esse sofrimento passa pelo “sofrer-com” por um lado, mas por outro constitui um limite pelo qual se sofre, ou seja o “saber estar” para ajudar aquela família em sofrimento.

## **AVALIAÇÃO**

Atendendo a que a Enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, interage com ele tanto na sua natureza física, como também na social e na psicológica, o cuidar tem de ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro.

A preocupação com o outro conduziu a uma profunda reflexão sobre o ser pessoa, permitindo uma “maior” consciência de mim, do outro e do mundo. Esta maior consciência facilitou -me a entrega ao outro numa dádiva incondicional e nesta entrega foi o receber o outro e o partilhar o outro. Citando Patronilho (2008,p.28), no “*processo da conversão, o homem cresce como pessoa não se deixando dominar pelo egoísmo. É nesta caminhada de encontro e crescimento, que o homem amadurece como pessoa. E só o homem amadurecido consegue viver uma vida de autêntica partilha e comunicação.*” É, ainda falar do humano e, por conseguinte falar de vulnerabilidade, de fragilidade, de autenticidade, de altruísmo, de comunhão e de abertura. Só assim posso encarar o outro

como fim e, não o abandonar numa situação de enorme vulnerabilidade e fragilidade como por exemplo: a perda de um filho.

Outro aspecto de reflexão sobre o tema da morte em si e, ainda como ela é vivenciado em cada cultura?

Tenho conhecimento sobre como a morte é vivenciada num país africano, como por exemplo Angola e sei como é vivenciada num país europeu como Portugal. O meu desconhecimento sugere a seguinte questão: como é vivida a finitude num país do leste europeu como a Moldávia? Para dar resposta a esta questão fiz uma pesquisa bibliográfica: quer em suporte físico, quer em suporte informático, e ainda um entrevista semi-estruturada com uma imigrante Moldava. (anexo II)

## CONCLUSÃO

Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro especialista junto do adolescente e família em situação de doença, hospitalização e morte é de primordial importância, para que o enfermeiro possa actuar junto destes, através de um cuidar holístico, individualizado e envolto de humanização. É importante *“um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela sua saúde de indivíduos e de grupos”* (WATSON 2002,p.30).

Quando paramos para pensar sobre a morte, surge na nossa mente a questão: qual o comportamento que devemos adoptar perante aquela criança, aquele jovem que morre e aquela família? Será que é permitido ao enfermeiro exprimir as suas emoções? São questões que merecem a nossa reflexão como enfermeiros, com maior ênfase quem exerce as suas funções num serviço de Pediatria. Na medida em que a criança é um ser em desenvolvimento e crescimento, que representa o futuro, a esperança do “amanhã” .

O sentimento de fracasso perante a morte não é apenas atribuída ao insucesso dos cuidados prestados, mas a uma derrota face à morte e à missão implícita do enfermeiro salvar o indivíduo, lhe diminuir a dor e o sofrimento e manter a vida. A ausência de formação e de diálogo sobre a morte deixam os profissionais de enfermagem perplexos (na maioria das vezes por falta de formação), levando-os por vezes a afastarem-se do acontecimento, nomeadamente na área da Pediatria dificultando as tomadas de decisão e de abordagem.

Este exercício reflexivo teve um contributo intenso na minha aprendizagem a todos os níveis (pessoal, profissional e académica).

## **BREVE REFERÊNCIA SOBRE A MORTE**

No início do século xx as pessoas morriam no seu domicílio ao lado dos seus familiares. A partir da metade deste século passou a ser no Hospital. Na actualidade começa a surgir a tendência de voltar aos procedimentos do início do século xx com o aparecimento dos cuidados continuados/ paliativos, que tem como objectivo major diminuir a dor e proporcionar melhor conforto físico e psicológico e emocional e, por conseguinte, “melhor qualidade de vida” no final de vida.

A definição de morte resulta um conjunto de ideias científicas, filosóficas e teológicas acerca do que é essencial a existência humana. Existem vários critérios de morte e a sua controvérsia tem sido tema de vários debates, nomeadamente na área da medicina. Inicialmente a morte clínica era definida pela paragem cardio-respiratória, diferente da morte biológica (destruição celular) mas, com o avanço técnico-científico, nomeadamente na área da ressuscitação cardio- respiratória, da desfibrilhação e da era do transplante de órgãos, surge um novo conceito de definição de morte. Esta passou a ser considerada com um novo parâmetro: a morte cerebral ou seja ausência de actividade cerebral.

Em 1968 decorreu em Genebra uma reunião entre ao Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas vinculada à Organização Mundial da Saúde e à UNESCO, em que os critérios sobre morte cerebral foram aprovados por unanimidade, em declaração conjunta por todos os países presentes.

O diagnóstico de morte cerebral é problemática quando da suspensão dos cuidados de suade, que mantêm o coração e os pulmões em funcionamento, levantando questões éticas. Estas questões passam pelas comissão de ética hospitalar que é formada por: enfermeiros, médicos, assistente social, religiosos, psicólogos que, em cada situação a analisam de modo singular. Por outro lado, a morte também é jurídica, ou seja, interessa para o direito dos efeitos sucessórios.

## **A MORTE SEGUNDO A CULTURA**

A personificação da morte é um conceito sensível em muitas sociedades desde o início da história. Também é uma figura mitológica nas diversas culturas que surgiram com o aparecimento dos contadores de histórias.

No mundo ocidental, a morte é representada por uma figura esquelética vestida de manto negro com capuz levando uma foice. Na mitologia grega, Hades era considerado o Deus do mundo da morte e Tânato era visto como a divindade que personificava a morte. A morte é expressa na forma masculina como na língua inglesa; nas línguas latinas e eslavas ela é expressa na forma feminina.

Dependendo da cultura, a sua representação varia, assim como a sua vivência. Esta assenta na atitude de cada um em relação a morte e, no seu próprio conjunto de crenças, em que para alguns ela representa uma passagem e para outros um destino final. Apesar das manifestações externas diferirem de cultura para cultura quando se trata da morte, a dor humana da perda de um ente querido é universal.

## **A VIVÊNCIA DA MORTE NA MOLDAVIA**

Esta descrição, para além da pesquisa realizada, resulta de uma entrevista semi-estruturada a uma imigrante da Moldávia a residir em Portugal há seis meses, por razões óbvias, não foi possível entrevistar os pais da Vitoria.

A religião oficial da Moldávia é a Ortodoxa, os rituais da morte são de acordo com fé professada. No meio rural o falecimento cumpre-se em casa. Quando o doente se encontra em fim de vida é convocado o sacerdote para realizar a última confissão e oferecer a sagrada comunhão. Nessa altura o sacerdote lê a escritura, que se resume num conjunto de orações no sentido de encorajar o arrependimento e facilita a transição da alma da vida terrena para a vida futura. Imediatamente a seguir à morte o corpo é lavado e vestido para o enterro, este ritual é realizado pelos familiares (mais próximos e do mesmo sexo que o falecido).

Sobre a porta de casa é colocada roupa preta, assinalando a morte. Todos os dias são lavadas as mãos e a cara do defunto (é justificado como se estivesse com vida e constitui um acto de amor), por familiares do mesmo sexo e vai a enterrar ao fim do 3º dia. Durante esse período são colocadas velas acesas e incenso em toda a casa, à cabeceira do defunto são colocadas algumas das suas roupas, uma cadeira e uma mesa, sobre esta é colocado um copo de vinho e um copo com água (como se o ente querido estivesse vivo). No 1º dia é entoada uma canção pelas mulheres sobre a ligação da pessoa perecida com a terra nos dias subsequentes mantém-se a entoação de canções (como a canção

do amanhecer ou a grande canção designada por bocetul) e a aclamação do evangelho, sendo que no último dia é entoada a canção do funeral. Esta tem como finalidade “aconselhar o defunto” e “descreve” a viagem que irá fazer para a terra dos ancestrais mortos. Trata-se de uma canção de ritual de transição e expressa um desejo que o sol nasça no final do dia para que a família do falecido tenha mais tempo para preparar as cerimónias. A preparação do funeral resume-se à saudação aos familiares, ao pano que irá cobrir o corpo, às velas e ao carro fúnebre (que é constituído por uma carroça puxada por touros), assim como à preparação das refeições a serem servidas durante e após o funeral. Os procedimentos do funeral são organizados de modo a que o corpo nunca seja deixado sozinho e os presentes no velório devem contar histórias sobre o falecido.

No dia do funeral, o primeiro local a visitar antes do enterro é a igreja (é importante este local, pois serve para que o defunto descanse em paz), à frente do cortejo fúnebre um familiar transporta uma cruz, durante a cerimónia religiosa o caixão permanece aberto. Sucede-se o cemitério, em que a presença do padre é obrigatória, cada membro da família se despede colocando terra sobre o caixão e verbaliza a palavra adeus. A seguir ao enterro os familiares e amigos regressam a casa e é oferecido um copo de vinho e pão a todos os presentes. Outro aspecto do ritual é manter velas acesas e incenso durante 3 dias e, ao nono dia será rezada uma missa na igreja onde esteve o defunto. O acto religioso é cumprido ao 20º dia, ao 40º e ao fim de seis meses após o funeral e, ainda em cada ano até perfazer sete anos pós morte.

# **REFLEXÃO DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**

## REFLEXÃO FINAL

Ao reflectir acerca da aprendizagem que desenvolvi e o percurso efectuado, considero que a sua redacção foi importante para tomar consciência do trabalho realizado.

## DESCRIÇÃO

Margarida (nome fictício), dezasseis anos, raça caucasiana, oriunda do Brasil, a residir em Portugal há seis meses na companhia da mãe. Deu entrada no serviço de urgência do Hospital de Santa Maria transportada pelo INEM por tentativa de suicídio. Foi encontrada inconsciente no seu quarto pela mãe, que contactou o INEM, quando se apercebeu que a filha tinha ingerido medicação (encontrada várias embalagens de paracetamol e alprazolam no chão). À chegada ao Hospital encontrava-se bastante sonolenta, inicialmente reactiva aos estímulos externos dolorosos. Após entubação nasogástrica para realização de lavagem gástrica, mostrou-se mais reactiva, verbalizando que a deixassem morrer.

Importa salientar que a Margarida era uma jovem obesa e portadora de acne. Frequentava a escola próxima da sua residência, com dificuldade de integração no ambiente escolar, ainda não tinha amigos desde a sua chegada do Brasil. A mãe mostrou-se muito assustada com a situação da filha, à sua chegada teve dificuldade em articular as palavras para descrever a situação presenciada.

Como decorrer do turno fui-me apercebendo que a Margarida era de fácil trato, que passava muito tempo sozinha, pois a mãe trabalhava imensas horas para subsistência de ambas. Referindo dificuldades de relacionamento devido a sua imagem corporal, saudades da família alargada, nomeadamente da avó materna com quem vivia no Brasil, dos seus amigos no país de origem.

## SENTIMENTOS

Ao olhar para esta jovem deitada na marquesa, enquanto eu preparava o material para o procedimento a ser realizado, senti uma compaixão imensa e, interroguei-me que sofrimento atroz estaria a viver esta rapariga para colocar em prática a tentativa de

suicídio. Em seguida, olhei para a mãe e observei uma pessoa com um fáceis em pânico. Nesse momento reflecti: e se fosse esta jovem a minha filha? Mais uma vez fui acometida pelo sentimento da compaixão, como refere Diogo (2006,p.64) *“a compaixão é sofrimento pelo sofrimento do outro”*, passa pelo “sofrer-com” por um lado, mas, por outro, constitui um limite pelo qual se sofre.

De facto, Diogo (2006,p.64), refere que *“as emoções e os sentimentos dão forma à existência de ser enfermeiro e dão sentido ao próprio cuidar, preenchendo o vazio dos “cuidados técnicos “ (...).”* E, por tal, a enfermagem é uma disciplina e uma profissão, que incorpora ciência, arte e tecnologia na produção de conhecimentos necessários ao cuidado da pessoa de forma holística.

## AVALIAÇÃO

Este caso foi inquietante para mim, pois a adolescente manteve durante o período de internamento um discurso suicida, por vezes retirando a acesso venoso periférico. Questionei-me várias vezes sobre o sofrimento desta adolescente, quer psíquico, quer físico. Como refere Patronilho (2008, p.43),que *“ nas doenças mentais, não é só a parte psíquica que foi afectada, mas o próprio corpo sofre extensivamente a afectação que atingiu a pessoa.”*, Por isso sugeri à médica de serviço o apoio da pedopsiquiatria que diagnosticou uma depressão e para tal a medicou.

Mais uma vez questionei-me se este distúrbio não seria secundário ao “desenraizamento”. Esta adolescente há seis meses que vivia num país culturalmente diferente e passava muitas horas entregue a si mesma. E, ainda o facto de se tratar de uma adolescente e, como tal, a sofrer mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância. Estas alterações surgem influenciadas por factores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos (OMS, 1975).

Se para um adulto é por vezes difícil encontrar um sentido para a vida, mas problemático se torna para o adolescente em situação de enorme fragilidade. Diante esta fragilidade e citando Patronilho (2008,p,47), o enfermeiro *“ sente-se como alguém que deve ser a pessoa eleita para acolher. Por isso, ele está vocacionado para dar, para ouvir, para amar aquele que grita por si, aquele que lhe solicita bondade.”* Inúmeras vezes a adolescente

reivindicou a presença da enfermeira, agradecendo a sua disponibilidade e nesses momentos de companhia verbalizava saudades da avó.

A relação da mãe com a Margarida era desajustada, apercebi-me de um “conflito” entre ambas. Esse conflito foi observado através da interacção entre mãe e filha particularmente pela comunicação não-verbal. Apesar da situação, a mãe passava imenso tempo fora da unidade, quando presente existia um silêncio “prolongado” entre ambas, para além da distância espacial, a dificuldade no contacto visual e a ausência do toque. Citando Phaneuf (2005,p.45,o “ *tocar afectuoso intencional reforça a qualidade da presença (...) e acompanha frequentemente a escuta atenta da pessoa, onde contribui para lhe devolver a confiança e reforçar a sua auto-imagem.*” De início preocupei-me em enquadrar estes parâmetros da comunicação não-verbal dentro da sua cultura, como refere Phaneuf (2005,p.53),o” *papel da família nos cuidados e na recuperação da saúde é importante para quase todos os doentes, mas é primordial em certas culturas onde a coesão familiar e a entreaajuda são importantes.*” E, de facto, a família é um pilar essencial para a cultura brasileira, assim como para a recuperação do doente, como identifiquei ao conversar com à mãe sobre a situação de doença da filha e da sua origem cultural. Desta forma, reconheci que os parâmetros da comunicação não-verbal atrás mencionados, não podiam ser enquadrados na cultura brasileira, mas sim de uma família disfuncional.

## CONCLUSÃO

Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro especialista junto do adolescente e família em situação de doença e hospitalização, é de primordial importância, para que o enfermeiro possa actuar junto destes, através de um cuidar holístico, individualizado e envolto de humanização. É importante, segundo WATSON (2002,p.30), um “ *compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela sua saúde de indivíduos e de grupos.*” Atendendo que a Enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, interage com ele tanto na sua natureza física, como também social e psicológica, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro.

A qualidade dos laços vinculativos estabelecidos entre pais e filhos constituem um factor determinante para o desenvolvimento afectivo e, por conseguinte, para o desenvolvimento

saudável de qualquer criança/ jovem e que servirá como suporte ao modo como estabelecerá a relação com ela própria e com o mundo que a rodeia.

Este exercício reflexivo teve um contributo intenso na minha aprendizagem, nomeadamente sobre a importância da comunicação não-verbal, da promoção da parentalidade precoce e da tomada de decisão para a referenciação destas situações de crianças e jovens em risco.



## **ANEXO III**

### **QUESTÕES COLOCADAS À FAMÍLIA DE OUTRA REFERÊNCIA CULTURAL**



## **Questões Abertas**

- ✓ Qual a principal dificuldade sentida quando recorre as entidades prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente ao Centro de Saúde e/ ou serviço de Urgência Pediátrica?
- ✓ Acha importante a presença de um tradutor na sua língua materna para facilitar na comunicação com a equipa de saúde?



## **ANEXO IV**

### **AUTORIZAÇÃO DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**





Exma. Senhora  
Enfermeira Graduada  
Maria Joaquina Abreu Antunes  
Urgência de Pediatria

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo sobre “Comunicar com a criança e família na Transculturalidade”, no âmbito da frequência do 2º Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vimos pela presente informar, que após análise da proposta supra citada, se encontra autorizada a aplicação de questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria e UCIPED.

Os melhores cumprimentos,

Lisboa, 28 de Março de 2012

A Enfermeira Directora

(Catarina Santos Batuca)

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)



## **ANEXO V**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA  
PEDIÁTRICA E UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**



# QUESTIONÁRIO

Maria Joaquina Abreu Antunes, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um projecto de intervenção intitulado: “*Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade*”, neste sentido gostaria de lhe colocar algumas *questões*.

Por favor responda sem se identificar, as respostas são anónimas e confidenciais. Este questionário tem como finalidade conhecer a opinião dos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria sobre o tema em questão. Assinale com uma cruz (X), o quadrado que corresponde à sua opinião, descreva as suas sugestões e dificuldades sobre o tema.

## **Breve informação sobre a temática:**

**Interculturalidade:** reporta-se as relações entre os diferentes contextos culturais;

**Multiculturalidade:** refere-se aos diferentes contextos culturais, sociais, em que a comunidade e indivíduos de posses e referências diversas vivem de forma conjunta;

O conceito de transculturalidade varia consoante às várias áreas de estudo. No que refere a antropologia da saúde a **Transculturalidade** vai para além da cultura, leva a descobrir a **dimensão social da pessoa humana** ou seja buscar o **bem comum e o bem integral** de cada um enquadrado dentro da sua “subcultura” e, por conseguinte, a formulação de um diagnóstico.

1 - Acha pertinente a realização de um projecto de intervenção sobre “ **Comunicar com a criança e família na Transculturalidade**” no Serviço?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

2 – Na sua opinião, é útil um “ **Guia orientador** “ no serviço para o contacto de um intérprete, quando o/a enfermeiro/a tem dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e família?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

3 – Considera pertinente o conhecimento prévio da **cultura** da criança e família a quem vai prestar cuidados de enfermagem?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

Porquê?

---

4 - Quais são as suas principais dificuldades, quando presta cuidados de enfermagem ao utente pediátrico e família de outra cultura?

---

5 – Quais são as suas sugestões, no sentido de melhorar a comunicação com a criança e família na transculturalidade?

---

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

## **ANEXO VI**

### **ANÁLISE DO CONTEÚDO DOS QUESTIONÁRIOS**



## 1 - A ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise de conteúdo constitui uma das técnicas de investigação empírica realizadas pelas diferentes ciências humanas e sociais, é o método mais comum utilizado na investigação qualitativa (VILELAS, 2009). Segundo BARDIN (1997, p.42) a análise de conteúdo é definida como “ *um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.*” O que permite uma leitura objectiva após o tratamento dos dados.

Na prática a análise de conteúdo envolve várias etapas: a primeira consiste na delimitação dos objectivos e definição do quadro de referência teórico como orientador da pesquisa; a segunda etapa pela composição de um *corpus* (compilação de todo o material para análise); a terceira etapa limita-se na definição de categorias; a quarta etapa é definida pelas unidades de análise e a última refere-se a sua quantificação (VALA, 1995). As categorias podem ser antecipadamente definidas ou podem ser criadas à posteriori (VILELAS, 2009). Para o mesmo autor em ambos os casos deve ser considerado os critérios de exaustividade (todas as unidades de registo possam ser colocadas numa das categorias), de exclusividade (numa mesma unidade de registo só possa entrar numa categoria).

Para VILELAS (2009, p. 340) as categorias são definidas como as “ *rubricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado. Pode explorar-se um dado para saber o que dele pode emergir como categoria (uma lista de reclamações dos doentes, por exemplo), (...).*” Deste modo a categoria deve surgir do documento em análise e do conhecimento da área em estudo. A análise de conteúdo inclui a delimitação de três padrões de unidades: unidades de contexto, unidade de enumeração e unidade de registo. Segundo VILELAS (2009, p. 342) as unidades de contexto “ *delineiam aquela parte do material necessário para ser examinado para que uma unidade de registo seja caracterizada.*” Para o mesmo autor as unidades de enumeração corresponde “ *(...) unidades a partir das quais se procede à quantificação.*” A frequência é a unidade de enumeração mais utilizada, permitindo estabelecer a importância de determinada categoria. Após a determinação da unidade de enumeração sucede-se a última fase a quantificação. Relativamente à unidade de registo ibidem (2009,

p.342), refere que “ são segmentos específicos do conteúdo, caracterizados por se situarem dentro de uma dada categoria.” O que pode ser uma frase ou uma palavra.

## 1.1 - Questionário

O questionário foi utilizado como instrumento para a avaliação da necessidade de formação sobre o tema do projecto. O instrumento de colheita de dados foi por mim elaborado com base na pesquisa bibliográfica, na aprendizagem adquirida ao longo do mestrado e na experiência profissional. Foi precedida de uma nota de apresentação e informação sobre o tema.

Passo a descrever alguns conceitos relacionados com esta técnica de recolha de dados. Citando FORTIN (1999, p.249), um “ *questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estado com variáveis mensuráveis.*” A elaboração do questionário é complexa e exige muito tempo. Porém não deve ser muito extenso, nem muito curto, o tempo de preenchimento não deve ultrapassar os trinta minutos (VILELAS,2009).

Num questionário as questões podem ser classificadas como: abertas e fechadas. Nas questões fechadas e segundo VILELAS (2009, p.292) “*o inquirido só pode escolher entre um número limitado de respostas possíveis.*” Nas questões abertas ao inquirido é permitido uma variedade de respostas, que podem ser emitidas livremente com a utilização de linguagem própria (ibidem, 2009). Deve iniciar-se o questionário por questões de ordem geral, progredindo para as específicas e no final às questões abertas (FORTIN, 1999).

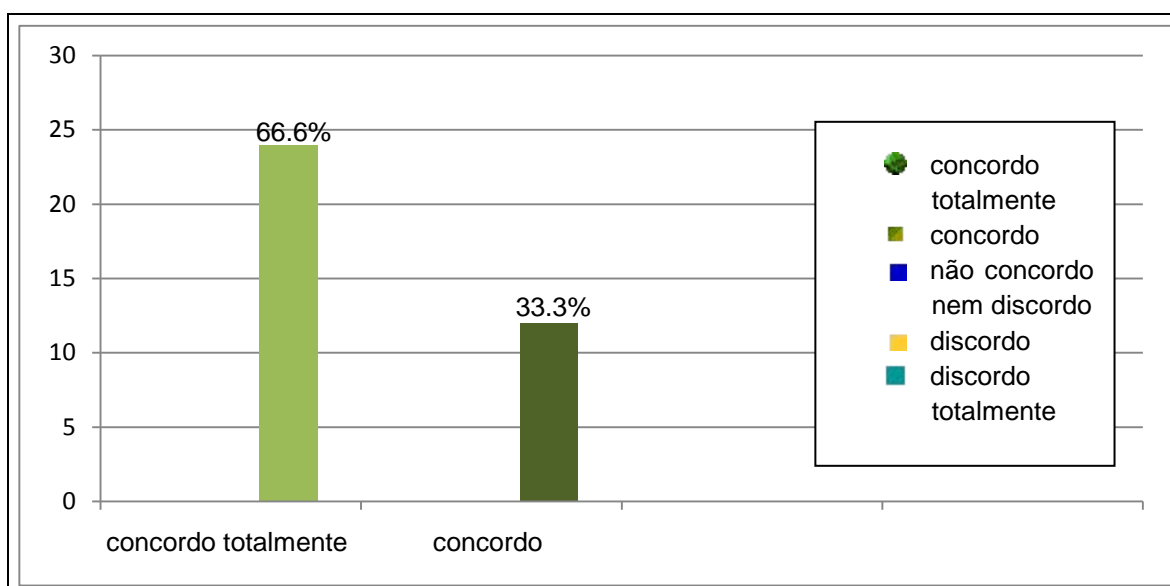
O propósito de um questionário é saber ou avaliar a opinião dos inquiridos. Deste modo é inevitável a introdução de uma escala, que possui a finalidade de medir uma ou mais variáveis (VILELAS, 2009). Neste projecto a escala é aplicada para medir a opinião dos enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria, relativamente ao tema e a utilização de um “guia orientador”, perante a dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e família de outra referência cultural. O questionário também foi aplicado aos enfermeiros dos Cuidados Intensivos Pediátricos, por se tratar de

um serviço com rotatividade dos seus elementos (nos diferentes postos de trabalho) entre as duas unidades: Urgência e Uciped.

A escala utilizada foi a de Lickert adaptada, aplicando os seguintes itens: concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente. Foram aplicados trinta e seis questionários dos quarenta enfermeiros, que constituem as duas equipas de enfermagem. Não foram aplicados quatro dos questionários: por férias de dois enfermeiros, um por falta de preenchimento e outro por se tratar da autora do projecto. Os questionários foram aplicados entre 24 de Outubro e 6 de Novembro de 2011, para a sua aplicação foi efectuado pedido à Direcção de Enfermagem (anexo IV). Após a recolha de dados procedeu-se à sua codificação e análise qualitativa recorrendo a análise de conteúdo. Relativamente às questões fechadas o seu resultado está representada em gráficos.

No quadro nº1 encontra-se a percentagem total do item de concordância de importância, que o enfermeiro atribui ao projecto de intervenção.

**Gráfico nº 1 – Nível de Importância atribuída ao projecto de intervenção sobre O “comunicar com a criança e família na transculturalidade”**

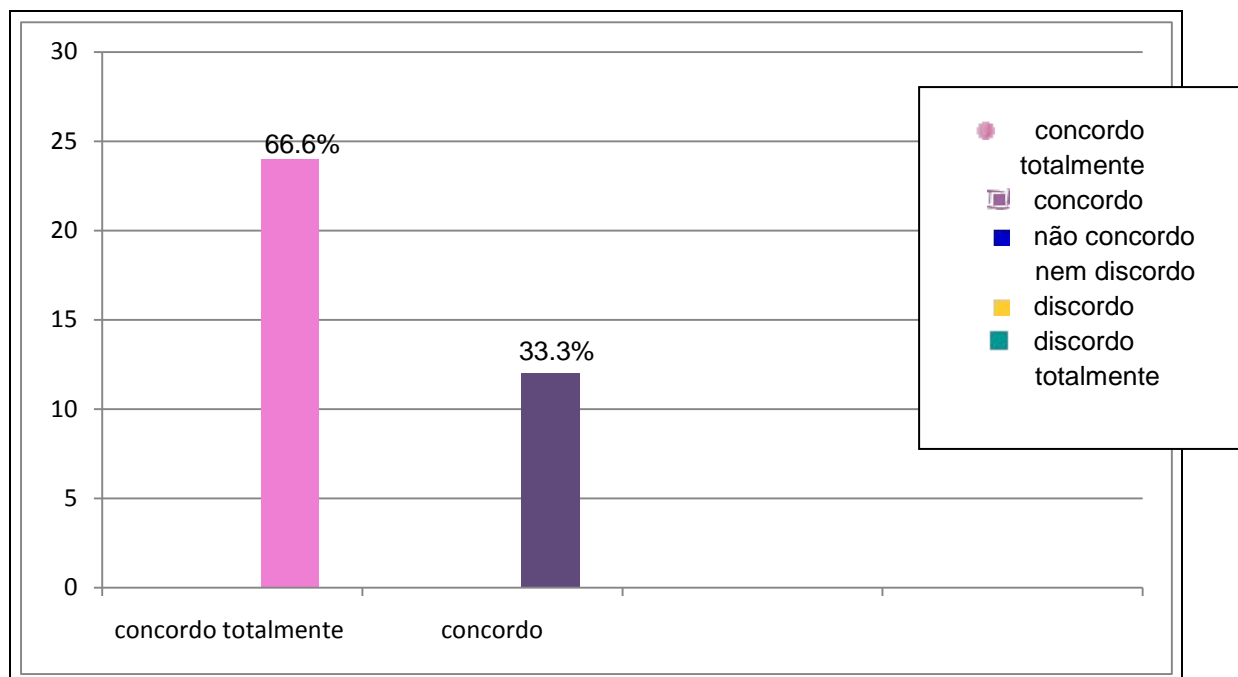


Verifica-se no gráfico nº1, que 66,6% dos enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem concorda totalmente com o projecto de intervenção sobre “o comunicar com

a criança e família na transculturalidade”. Segundo RAMOS (2008, p.105) a comunicação “é um processo *bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feedback recíproco, que se produz num contexto físico, (...) influenciando o comportamento.*” Deste modo, os cuidados de saúde constituem uma ferramenta de suporte que complementa o trabalho personalizado desenvolvido por cada enfermeiro. É inegável que os valores, crenças e práticas, se encontrem interligados ao contexto sociocultural dos indivíduos, implicando um desafio para prática dos cuidados de enfermagem.

No gráfico seguinte é representado o interesse da existência de um “guia orientador” no serviço, para consulta pela equipa de enfermagem perante a necessidade de contactar um intérprete, quando o/a enfermeiro/a tem dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a criança e família de outra referencia cultural.

**Gráfico nº2 – Nível de interesse atribuído a existência de um “guia orientador” no serviço**

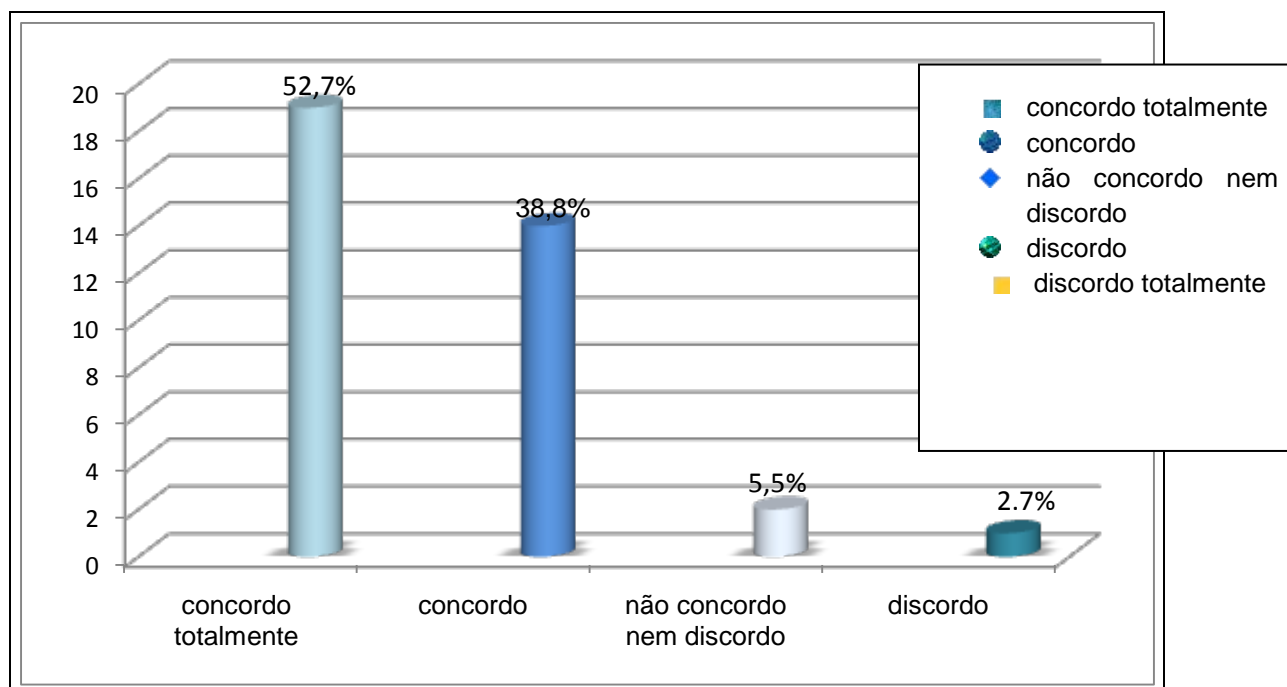


Neste gráfico observa-se que 66,6% dos enfermeiros concorda totalmente com a existência de um “guia orientador “ no serviço, para consulta pela equipa de enfermagem sempre que seja necessário recorrer a um intérprete. A intervenção do enfermeiro no

serviço de urgência pediátrica tem início no atendimento, nomeadamente na triagem em que a comunicação se torna a ferramenta elementar para o estabelecimento de uma relação interpessoal e, o meio pela qual as pessoas podem influenciar o comportamento das outras.

No gráfico nº 3 está representado o nível de importância, que os enfermeiros atribuem ao conhecimento prévio da cultura da família a quem vai prestar cuidados de enfermagem.

**Gráfico nº3 - Nível de importância atribuída pelo enfermeiro ao conhecimento prévio da cultura da família**



Como se pode observar no gráfico nº3 concordam totalmente 52.7% dos enfermeiros no conhecimento prévio da cultura da família a quem vai prestar cuidados de enfermagem, 2.7% dos enfermeiros desse conhecimento. De facto, na prática é indispensável ter conhecimento prévio da cultura da família, a quem o enfermeiro vai prestar cuidados de enfermagem, de modo que os cuidados sejam adequados à mesma, implicando uma responsabilidade ética e profissional (artigos 80º e 81º do CÓDIGO DEONTOLÓGICO do ENFERMEIRO, 2005). Sendo que o Governo Português no seguimento das recomendações da DECLARAÇÃO DE AMESTERDÃO (Rede Europeia - Hospitais Amigos dos Migrantes) aprovou o plano de integração dos imigrantes, no sentido de

desenvolvimento de acções de formação continua junto dos profissionais de saúde, com o objectivo da criação de competências interculturais e linguísticas para a melhoria da saúde de populações imigrantes e de minorias étnicas (DR,nº 85/2007).

Relativamente às questões abertas, como já mencionado, a técnica de análise de conteúdo foi a metodologia utilizada. Segundo BARDIN (1997,p. 33) “ *tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo.*” As respostas dadas foram estruturadas e categorizadas na procura de compartimentar as opiniões dos elementos em estudo. Formadas as seguintes categorias:

- Comunicação;
- Formação sobre a temática da transculturalidade;

A seguir, a organização das categorias foram ordenadas as subcategorias para maior particularização das respostas.

**Quadro nº1 - Frequências obtidas nas questões 4 e 5**

Categorias	Subcategorias	Frequências	Percentagem
Comunicação	- Dificuldade na comunicação	15	41,6%
	- Conceito de saúde /doença para família		
	- Estratégias de comunicação		
	- Ausência de estruturas de apoio	2	5,5%
Formação	- Relação de ajuda	18	50%
	-Conhecimento de determinadas culturas		
	- Guia orientador como recurso para o contacto do intérprete / mediador cultural ou associações de apoio	1	2,7%
	- Dicionário de palavras base		

Como análise do quadro nº 1, verifica-se que 50% dos enfermeiros têm necessidade de formação na área da transculturalidade, sobretudo no conhecimento prévio das culturas que recorrem com maior frequência ao serviço, na consulta de um guia orientador para contacto dos serviços de apoio a tradução/ mediação, no sentido de ultrapassar a barreira linguística. Também fazem referência a comunicação 41,6% dos inquiridos, particularmente: no conhecimento de estratégias de comunicação para transpor a barreira linguística, ter conhecimento do conceito de saúde / doença para a família, para ajustar os cuidados de enfermagem. Assim sendo, FIDALGO (2002,p.69) menciona que “ *o conceito de formação é um processo de desenvolvimento de aquisição de conhecimentos incluindo a aprendizagem de adultos, já situados na vida profissional. Integram-se nesta definição termos como formação profissional contínua, (...) formação em serviço.*” A formação em serviço surge como estratégia de actualização para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, constituindo um dos seus objectivos fundamentais. De facto, foi com este pensamento norteador, que realizei a formação aos colegas de equipa, no sentido de os capacitar para os cuidados culturalmente competentes, nomeadamente sobre a comunicação.



## **ANEXO VII**

### **PLANO DE FORMAÇÃO DE PARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**



## PLANO DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO:

### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

**DESTINATARIOS:** EQUIPA DE ENFERMAGEM

**FORMADORA:** Aluna do 2º MEESIP- Maria Joaquina Abreu Antunes

**DATA:** - 19 Janeiro de 2012

**HORA:** 14 horas

**LOCAL:** - Serviço de Urgência Pediátrica do H.S.M.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA		AVALIAÇÃO
		ESTRATEGIAS	RECURSOS	
<p>1 - Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente e família de diferentes culturas;</p> <p>2- Informar quais os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem, a criança e família na transculturalidade;</p> <p>3 - Promover a capacitação da família para adaptação ao processo de doença e gestão eficaz do autocuidado;</p>	<p>1 – Apresentação dos objectivos e actividades</p> <p>2 – Diagnostico e pertinência do tema</p> <p>3 – Definição de comunicação, multiculturalidade, interculturalidade e transculturalidade</p> <p>4 -Apresentação do folheto informativo e poster sobre a comunicação inserido na temática do projecto.</p>	<p>1 – Exposição de 30 minutos</p> <p>2 – Discussão sobre o conteúdo apresentado durante 45 minutos;</p> <p>3 – Distribuição do folheto informativo onde consta os contactos telefónicos</p>	<p>1- Computador</p> <p>2 – Datashow</p> <p>3 – Um exemplar do folheto informativo e fotocópia do poster</p>	<p>1 – Contabilizar o número de colegas presentes na acção de formação;</p> <p>2 - Recolher informações sobre a utilidade da acção de formação;</p> <p>3 – Recolher informações sobre a aplicação do folheto e do poster;</p>



## **ANEXO VIII**

### **FORMAÇÃO DE PARES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**




**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria  
Unidade Curricular – Estágio da Criança e do Jovem

## COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

Aluna: M<sup>a</sup> Joaquina Antunes nº 3559

Lisboa  
Janeiro de 2012



## Minha alma é de todo o mundo Todo o mundo me pertence Aqui me encontro e confronto Com gente de todo o mundo Que a todo o mundo pertence


António Gedeão ( poema "Minha Aldeia", in Poesias Completas , 1964)

2

### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## OBJECTIVO GERAL:


➤ **CAPACITAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA OS CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES, CONCRETAMENTE SOBRE A COMUNICAÇÃO;**



### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente pediátrico e família de diferentes culturas;
- Informar quais os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem, a criança e família na transculturalidade;
- Promover a capacitação da família para adaptação ao processo de doença e gestão eficaz do autocuidado;



### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

Distrito	População
LISBOA	189.220
FARO	71.818
SETÚBAL	47.935
PORTO	27.112
LEIRIA	17.331
SANTARÉM	14.460
AVEIRO	14.050

**NACIONALIDADES**

- Brasil – 26,81%
- Ucrânia – 11,12%
- Cabo-Verde – 9,88%
- Roménia – 8,27%
- Angola – 5,28%
- Guiné – 4,45%
- Reino-Unido- 3,86%
- China – 3,53%
- Moldávia – 3,51%
- S.T. e Príncipe - 2,36%

SEF ( Relatório de 2010)

5

### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## NACIONALIDADES (17.376 pedidos)

- BRASIL – 8,76%
- CABO –VERDE – 4, 87%
- ANGOLA – 3,25%
- UCRANIA – 3,06%

## ASILO E PROTECÇÃO INTERNACIONAL

- Efectuados 160 pedidos
- Foram concedidas 6 estatutos de refugiados a nacionais de países africanos e asiáticos;
- 51 autorizações de residência por razões humanitárias maioritariamente a nacionais de países africanos;
- Asilo a menores ( 7 jovens entre os 16 e os 17 anos);

SEF ( Relatório de 2010)

6

COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

*“a diversidade e a riqueza cultural inerentes a presença desses milhares de cidadãos estrangeiros, acarreta consigo a necessidade de uma maior e melhor capacitação dos técnicos para lidarem com a diferença”.*

Lopes et al (2009.p105)



COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

- ✓ Multiculturalidade
- ✓ Interculturalidade
- ✓ Transculturalidade

Antropologia da saúde a transculturalidade vai para além da cultura, leva a descobrir a **dimensão social da pessoa humana** ou seja buscar o **bem comum e o bem integral**

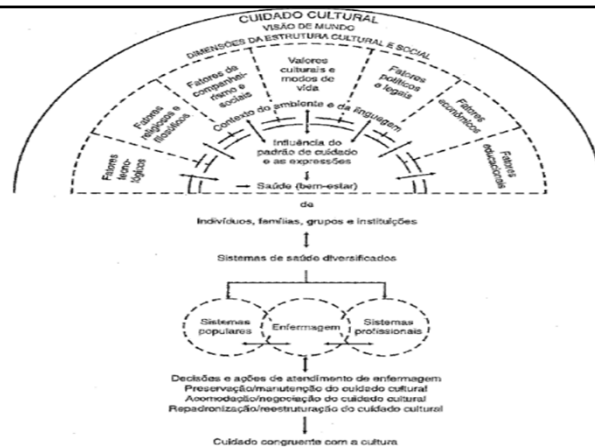
8

COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, esclarece que o cuidado de enfermagem emerge no próprio contexto cultural onde daí se desenvolve. Demonstrou que a Enfermagem Transcultural “ (...) é um comparativo e análise de culturas em relação às práticas de cuidado de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com os seus valores culturais e seu contexto saúde /doença”.

Leininger( 1991)

9



LEGENDA:  
- - - - - Influenciadores  
- - - - - Influenciadores direcionais

10

COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

A comunicação em saúde constitui um elemento essencial para melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, a satisfação do cliente /família, a adesão ao regime terapêutico, a diminuição do stress, a compreensão da informação e por conseguinte o empowerment da c/jff.



COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

O Que é Comunicação?

Comunicação é o processo de transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para outra. Se não houver esta compreensão, não ocorre a comunicação. Se uma pessoa transmitir uma mensagem e esta não for compreendida pela outra pessoa, a comunicação não se efectiva.



**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**A comunicação “é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”**

Phaneuf (2005,p.23)

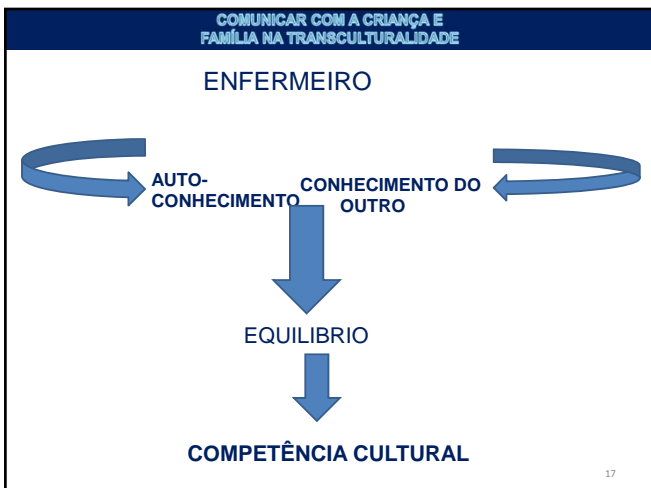
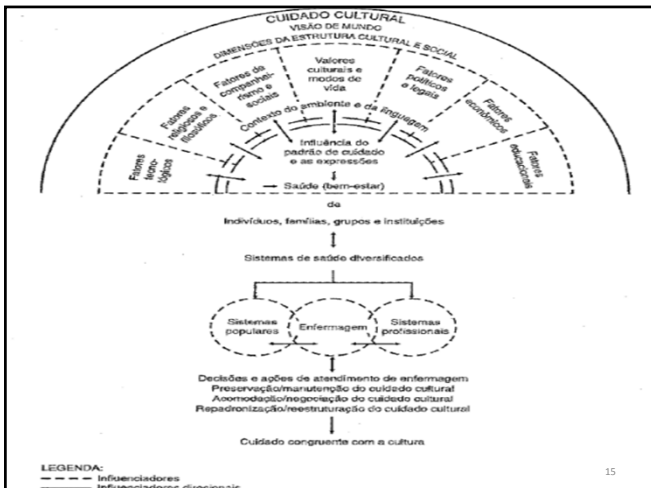
13

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**OBSTÁCULOS À COMUNICAÇÃO**

- Limites dos sentidos na pessoa cuidada;
- Nível de educação dos interlocutores;
- Valores, a religião, e a espiritualidade ;
- A diferença de idade , o desenvolvimento intelectual e o estatuto social;
- Os preconceitos e os estereótipos;
  - Diferenças Culturais;
  - Língua Falada

14



**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**APRENDIZAGENS**

E1.1.2. – Comunica com a criança / jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estado de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; OE(2010)

Competência Cultural

*“ a competência cultural é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um individuo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável.”*

*Purnell e Paulanka (2010,p11)*

18

COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

SIMPLES ESTRATÉGIAS

SIMPLES ESTRATÉGIAS

- PERGUNTAS DIRECTAS
- PESSOA A FALAR EM QUE LÍNGUA ?
- INTERPRETE / LINHA TELEFONICA
- INFORMAÇÃO ( CULTURAS)
- LEGISLAÇÃO



LENTO DE LÍNGUA E RÁPIDO NO OLHAR

PROVÉRBO MEXICANO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOCKENBERRY, M.J., WINKELSTEIN, W.(2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio Janeiro:Elsevier Editora
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA(2006). Estudo – A dor na criança, atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde". Lisboa: Instituto de apoio à Criança 9-93;
- LEININGER, M. – Culture care diversity and universality: a theory of nursing, New York, National League for Nursing, 1991;
- LOPES José Reis, et al, (2009) – Multiculturalidade – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. Loures. Lusociência, ISBN: 978 -972 – 8930-45-5;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Lisboa: DGS, 2004;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2003;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Revista da Ordem dos Enfermeiros nº 10, 2003 p.49 – 56;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2011) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem; Acedido a 27 de Julho de 2011 [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOR/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEmSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOR/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEmSaudeCriancaJovem.pdf);
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2011) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Maio de 2010; acedido a 27 de Julho de 2011 <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>;
- PHANEUF, Margot, ( 2005) – Comunicação, Entrevista, relação de Ajuda e Validação; Loures, Lusociência; ISBN: 972-8383-84-3;
- PURNELL, L., D., PAULANHA, Betty J.- Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente. 3ed.,Loures Editora, 2010. ISBN 978-989-8075-28-4
- WELCH, Alice Z. – Madeleine Leininger: Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In: TOMÉY, Ann Martiner; ALLIGOOD, Martha Ralle – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004.p563. ISBN: 972-8383-74-6;
- Site do SEF ( acedido a 20 de Dezembro de 2011) <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2010.pdf>

21

COMUNICAR COM A CRIANÇA E  
FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

OBRIGADA PELA  
ATENÇÃO

22

## **ANEXO IX**

### **QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**





Comunicar com a criança e família na transculturalidade

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**Tema:** Comunicar com a criança e família na transculturalidade

**Formadora:** Joaquina Antunes

**Local:** Serviço de Urgência Pediátrica do HSM

**Data:** 19/Janeiro/2012

**Hora:** 14h

A sua opinião sobre a apresentação que acaba de participar é extremamente importante para que seja possível:

- Aferir em que medida foram satisfeitas as suas expectativas
- Melhorar o meu desempenho em futuras acções de formação

Gostaria então que respondesse a algumas questões tendo por base a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente

	1	2	3	4	5
<b>1 - Avaliação geral da sessão:</b>					
1.1 – A apresentação correspondeu as suas expectativas					
1.2 – Os temas abordados foram interessantes					
<b>2. Conhecimentos adquiridos:</b>					
2.1 - Aprendeu algo que considerou útil					
2.2 - Após a sessão sinto-me mais desperta/o, para a utilização de estratégias adequadas no comunicar com a criança e família na transculturalidade					



Comunicar com a criança e família na transculturalidade

<b>3 – Organização da sessão:</b>					
3.1 – A qualidade dos recursos pedagógicos utilizados foi adequada					
3.2 – As instalações e espaço formativo foram satisfatórios					
3.3 – A duração da sessão foi adequada aos temas abordados					
<b>4 – A formadora:</b>					
4.1 – Foi clara na apresentação do tema					
4.2 – Demonstrou domínio dos conteúdos apresentados					
4.3 – Interagiu com os formandos e incentivou a sua participação					

Sugestão para futuras sessões de formação

---

---

Obrigada pela sua colaboração

## **ANEXO X**

**RESULTADOS DA AVALIAÇÃO FORMATIVA REALIZADA NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA**





# **FORMAÇÃO:**

**DESTINATARIOS:** EQUIPA DE ENFERMAGEM

**FORMADORA:** Maria Joaquina Abreu Antunes

**DATA:** - 19 Janeiro de 2012

**HORA:** 14 horas

**LOCAL:** - Serviço de Urgência Pediátrica do CHLN - H.S.M.

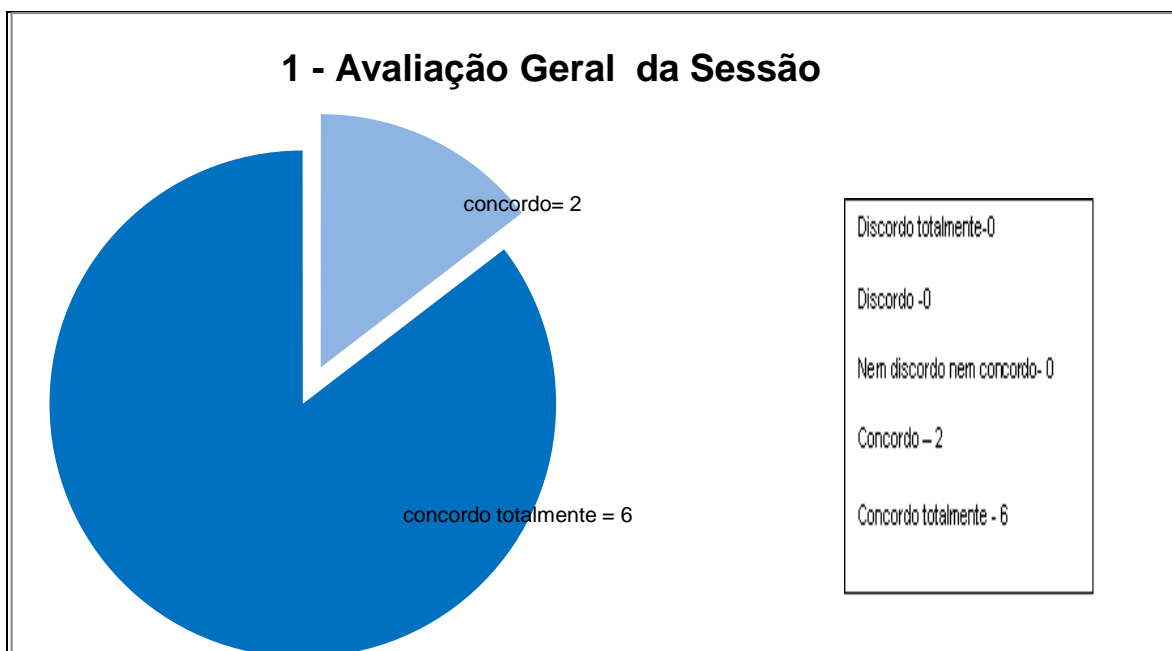
**Tema: - COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

Formação realizada no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Orientadora: Profª M. Soveral; Co-orientadora: Enf.ª Isabel Dias

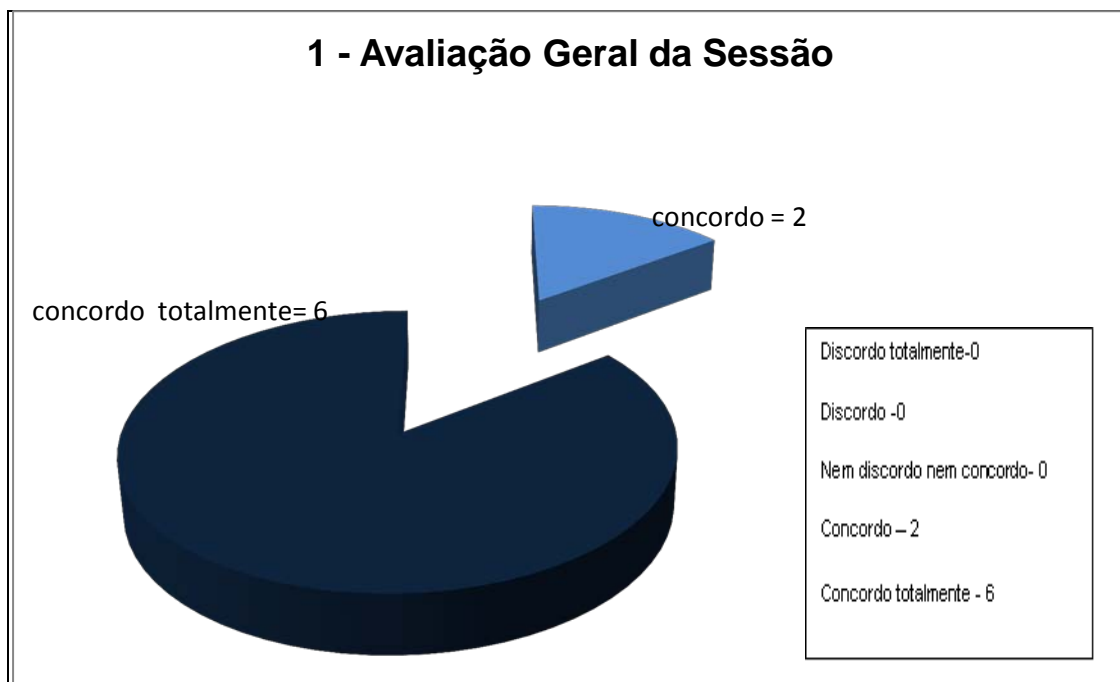
Para contextualizar a formação, optei pela aplicação de um questionário aos formandos para avaliação da sessão de formação, em seguida apresento os resultados.

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO-AVALIAÇÃO DA SESSÃO

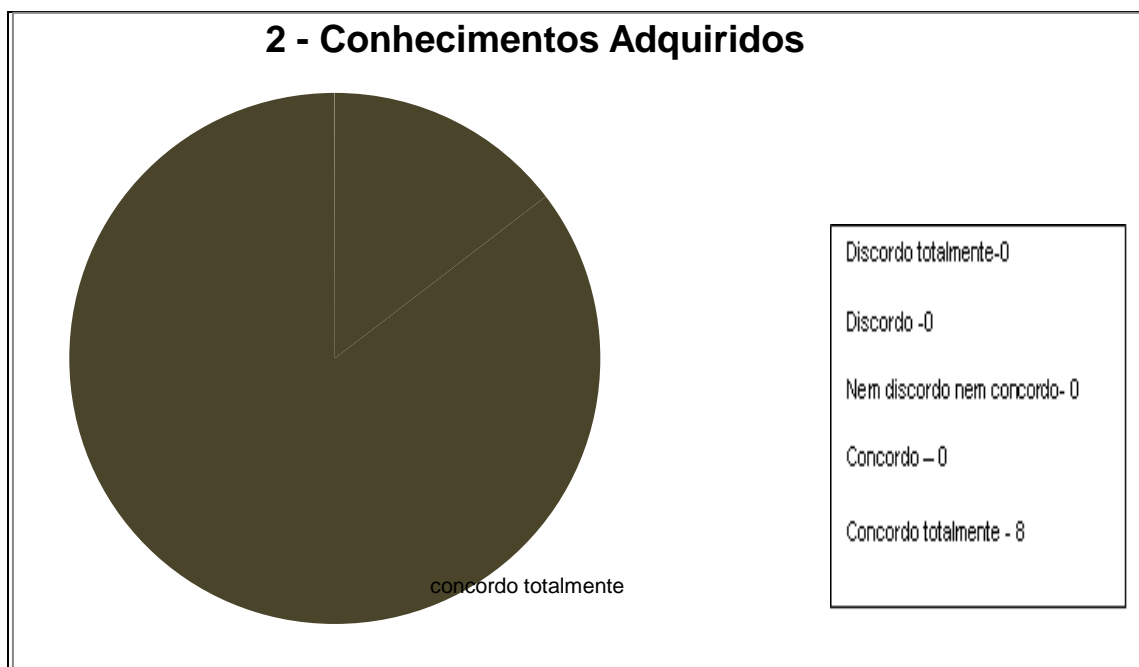
Estiveram presentes 8 enfermeiros



**Figura 1** – Resultado da questão: - a apresentação correspondeu às suas expectativas

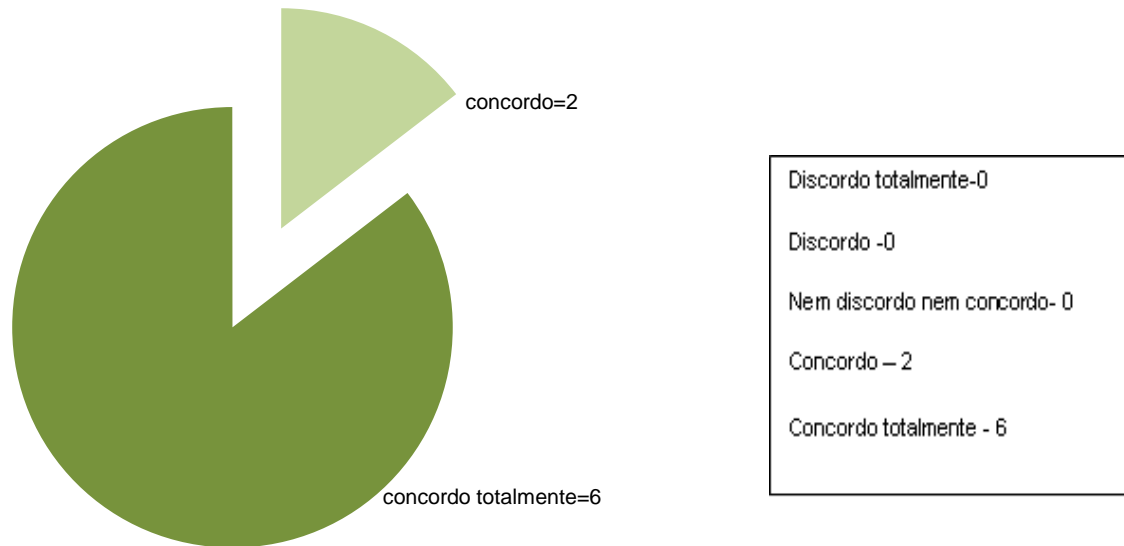


**Figura 2** – Resultado da questão: - os temas apresentados foram interessantes



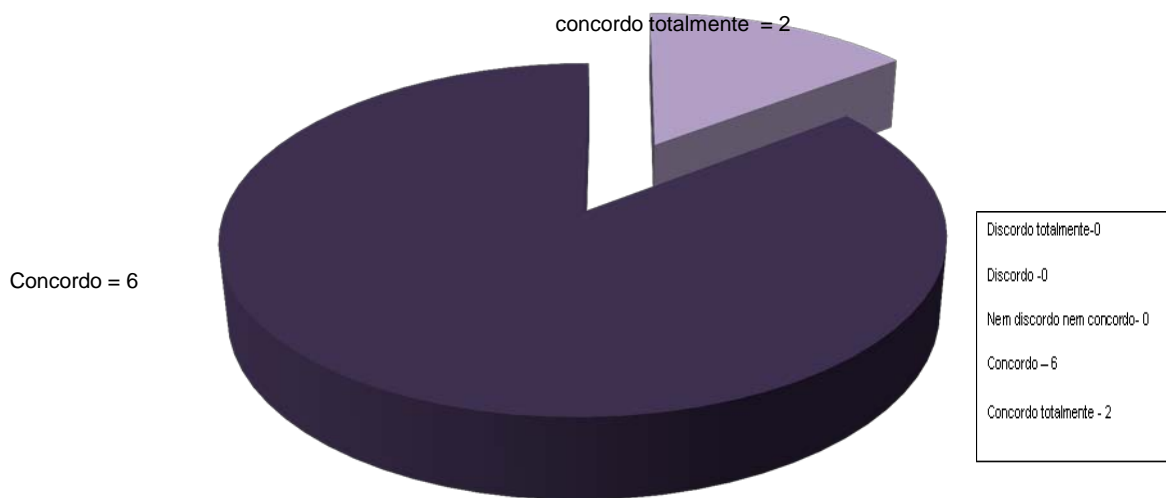
**Figura 3** – Resultado da questão: - aprendeu algo que considerou útil

## 2 - Conhecimentos Adquiridos



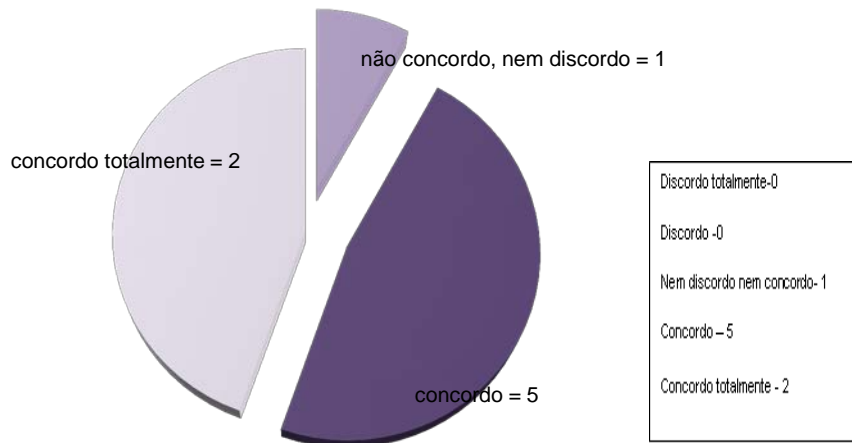
**Figura 4** – Resultado da questão: - Após a sessão sinto-me mais desperta/o, para a utilização de estratégias adequadas no comunicar com a criança e família na transculturalidade

## 3 - Organização da Sessão



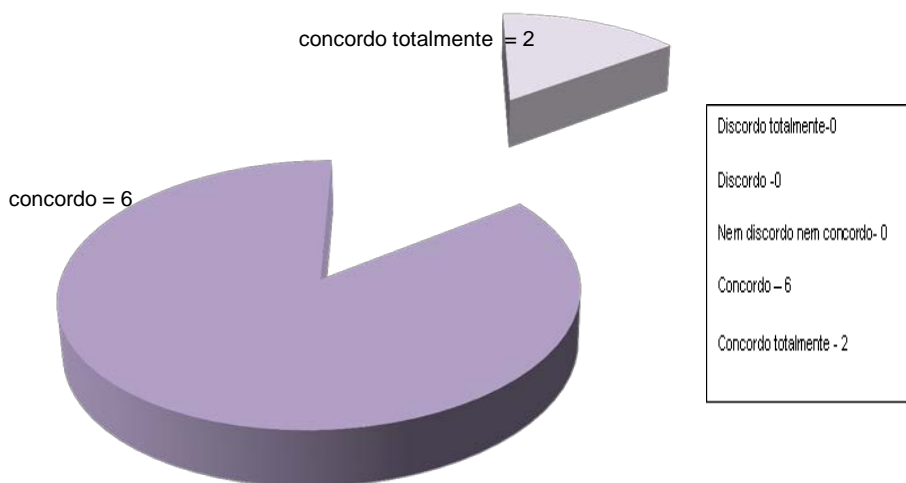
**Figura 5** – Resultados da questão: - A qualidade dos recursos pedagógicos utilizados foi adequada

### 3 - Organização da Sessão

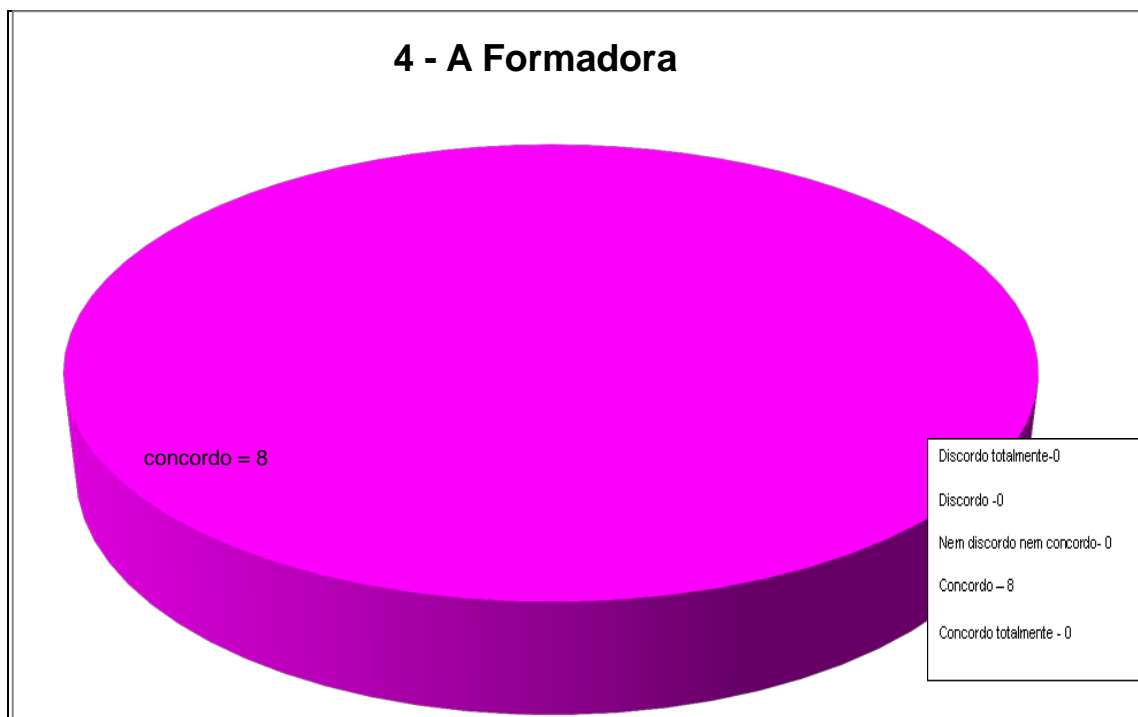


**Figura 6** – Resultado da questão: - As instalações e o espaço formativo foram satisfatórios

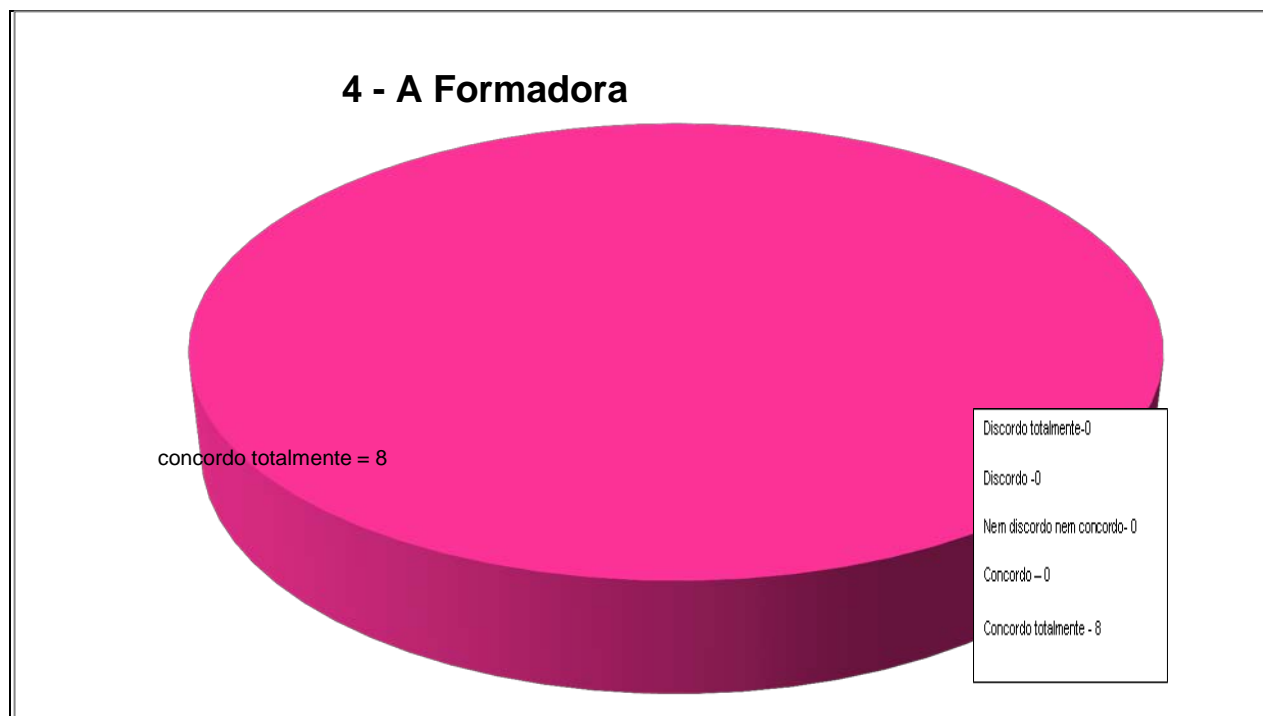
### 3 - Organização da Sessão



**Figura 7** – Resultados da questão: - A duração da sessão foi adequada aos temas abordados

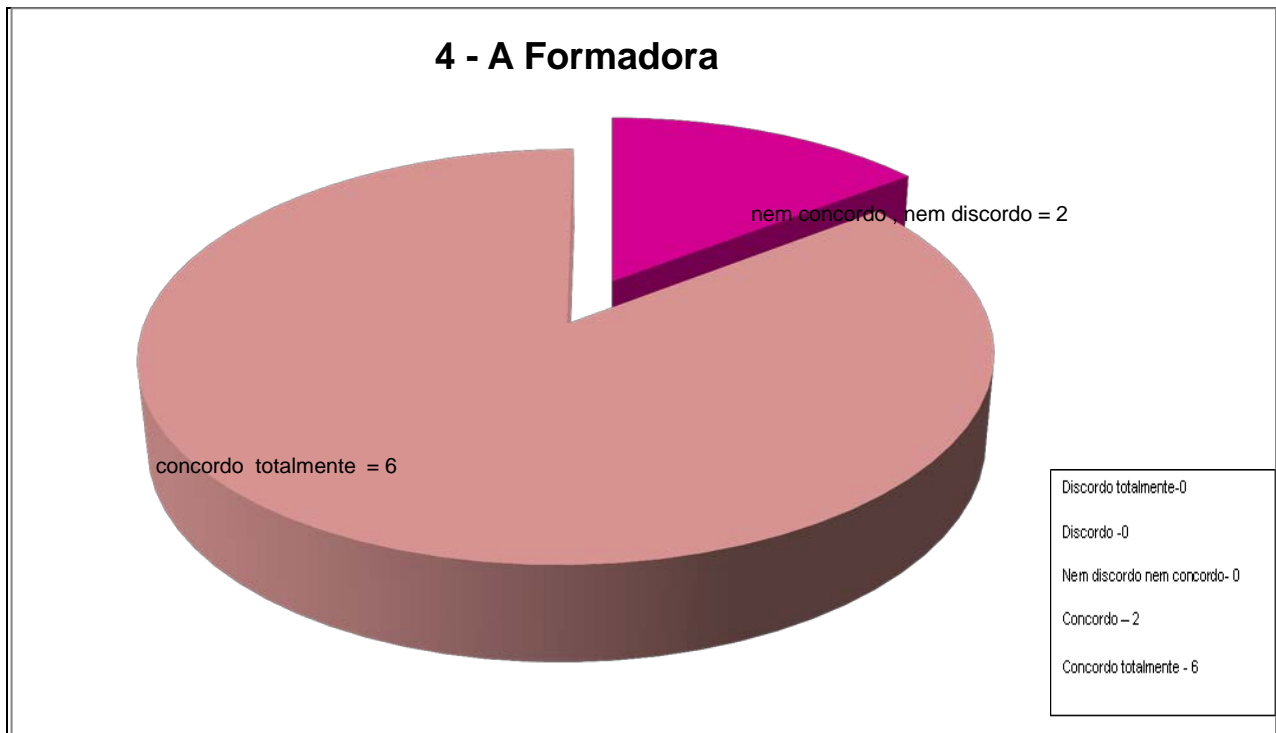


**Figura 8** – Resultados da questão: - Foi clara na apresentação do tema



**Figura 9** – Resultados da questão:- Demonstrou domínio dos conteúdos apresentados

#### 4 - A Formadora



**Figura10** – Resultados da questão: - Interagiu com os formandos e incentivou a sua participação

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELA FORMADORA**

A sessão foi bem aceita pela equipa de enfermagem, com uma adesão de 8 enfermeiros, havendo mais elementos interessados, contudo a dinâmica do serviço não permitiu, que se ausentassem para a assistir à formação. A sessão iniciou-se 10 minutos mais tarde que o programado. Por necessidade de ocupar a sala, que inicialmente estava programada para a realização da sessão.

A utilização de uma situação concreta (o atendimento de uma família de origem indo-paquistanesa), ocorrida na triagem permitiu a introdução da temática, o que facilitou a comunicação e tornou a sessão mais dinâmica e interessante. A formação decorreu num ambiente descontraído, havendo participação por parte da maioria do grupo.

A duração da sessão e os recursos pedagógicos utilizados foram considerados adequados pela maioria dos formandos. Estes reconheceram no formador domínio e clareza na apresentação das temáticas. As instalações e o espaço formativo foram os possíveis, dado o serviço não ter uma sala destinada à formação. A maioria dos formandos considerou satisfatórias, no entanto houve um formando que não concordou nem discordou com as condições da sala.

Os formandos admitiram que a apresentação correspondeu às suas expectativas. Consideraram a temática interessante e que podia trazer benefícios para a melhoria da prestação de cuidados, na comunicação com a criança e família na transculturalidade.

Perante os resultados a avaliação da formação é positiva, considero que a sessão teve um resultado final satisfatório, demonstrando interesse e empenho, tanto da formadora como dos formandos.

## **ANEXO XI**

### **PLANO DE FORMAÇÃO DE PARES NO CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR**



## PLANO DE ACÇÃO DE FORMAÇÃO:

### COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

**DESTINATARIOS:** EQUIPA DE ENFERMAGEM

**FORMADORA:** Aluna do 2º MEESIP- Maria Joaquina Abreu Antunes

**DATA:** - 22 Fevereiro de 2012

**HORA:** 14 horas

**LOCAL:** - UCSP do Lumiar - consulta de saúde infantil e pediátrica

OBJECTIVOS ESPECIFICOS	CONTEÚDOS	METODOLOGIA		AVALIAÇÃO
		ESTRATEGIAS	RECURSOS	
<p>1 - Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente pediátrico e família de diferentes culturas;</p> <p>2- Informar quais os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem, a criança e família na transculturalidade;</p>	<p>1 – Apresentação dos objectivos;</p> <p>2 – Diagnostico e pertinência do tema</p> <p>3 – Definição de comunicação, multiculturalidade, interculturalidade e transculturalidade</p> <p>4 -Apresentação de vários folhetos informativos: 1 – sobre o serviço de tradução telefónica; 2 – sobre os cuidados o coto umbilical e a importância da amamentação</p>	<p>1 – Exposição de 20 minutos</p> <p>2 – Discussão sobre o conteúdo apresentado durante 45 minutos;</p>	<p>1- Computador</p> <p>2 – Datashow</p>	<p>1 – Contabilizar o número de colegas presentes na acção de formação;</p> <p>2 - Recolher informações sobre a utilidade da acção de formação;</p> <p>3 – Recolher informações sobre os folhetos informativos;</p>



## **ANEXO XII**

### **FORMAÇÃO DE PARES NO CENTRO DE SAÚDE**



**ESEL**  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

Aluna: Mª Joaquina Antunes nº 3559

Lisboa  
Fevereiro 2012

**Minha alma é de todo o mundo  
Todo o mundo me pertence  
Aqui me encontro e confronto  
Com gente de todo o mundo  
Que a todo o mundo pertence**

António Gedeão ( poema "Minha Aldeia", in Poesias Completas , 1964)

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**OBJECTIVO GERAL:**

➢ **CAPACITAR A EQUIPA DE ENFERMAGEM PARA OS CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES, CONCRETAMENTE SOBRE A COMUNICAÇÃO;**

3

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**OBJECTIVOS ESPECIFICOS**

- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente pediátrico e família de diferentes culturas;
- Informar quais os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem, a criança e família na transculturalidade;

4

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**NACIONALIDADES**

<b>Distrito</b>		
LISBOA	➔	189.220
FARO	➔	71.818
SETÚBAL	➔	47.935
PORTO	➔	27.112
LEIRIA	➔	17.331
SANTARÉM	➔	14.460
AVEIRO	➔	14.050

Brasil – 26,81%
Ucrânia – 11,12%
Cabo-Verde – 9,88%
Roménia – 8,27%
Angola – 5,28%
Guiné – 4,45%
Reino-Unido- 3,86%
China – 3,53%
Moldávia – 3,51%
S.T. e Príncipe - 2,36%

SEF ( Relatório de 2010) 5

**COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

**NACIONALIDADES (17.376 pedidos )**

- BRASIL – 8,76%
- CABO –VERDE – 4, 87%
- ANGOLA – 3,25%
- UCRANIA – 3,06%

**ASILO E PROTECÇÃO INTERNACIONAL**

- Efectuados 160 pedidos
- Foram concedidas 6 estatutos de refugiados a nacionais de países africanos e asiáticos;
- 51 autorizações de residência por razões humanitárias maioritariamente a nacionais de países africanos;
- Asilo a menores ( 7 jovens entre os 16 e os 17 anos);

SEF ( Relatório de 2010) 6

COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

*“ a diversidade e a riqueza cultural inerentes a presença desses milhares de cidadãos estrangeiros, acarreta consigo a necessidade de uma maior e melhor capacitação dos técnicos para lidarem com a diferença”.*

Lopes et al (2009,p105)



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

- ✓ Multiculturalidade
- ✓ Interculturalidade
- ✓ Transculturalidade

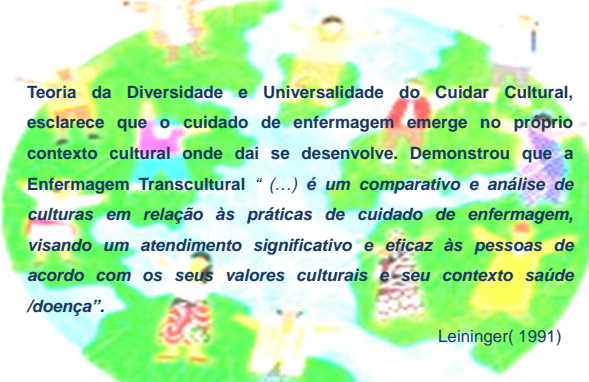
Antropologia da saúde a transculturalidade vai para além da cultura, leva a descobrir a **dimensão social da pessoa humana** ou seja buscar o **bem comum e o bem integral**



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural, esclarece que o cuidado de enfermagem emerge no próprio contexto cultural onde daí se desenvolve. Demonstrou que a Enfermagem Transcultural “ (...) é um comparativo e análise de culturas em relação às práticas de cuidado de enfermagem, visando um atendimento significativo e eficaz às pessoas de acordo com os seus valores culturais e seu contexto saúde /doença”.

Leininger( 1991)



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

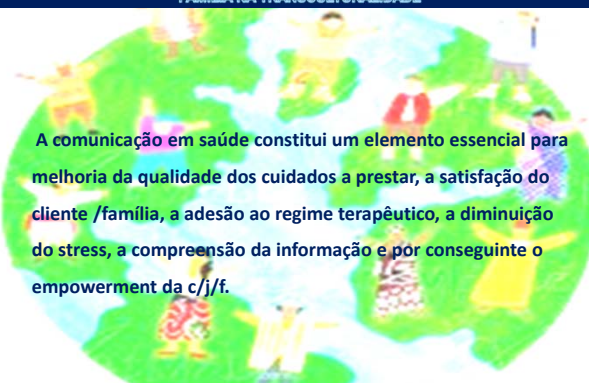
**O Que é Comunicação?**

Comunicação é o processo de transmitir a informação e compreensão de uma pessoa para outra. Se não houver esta compreensão, não ocorre a comunicação. Se uma pessoa transmitir uma mensagem e esta não for compreendida pela outra pessoa, a comunicação não se efectiva.



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

A comunicação em saúde constitui um elemento essencial para melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, a satisfação do cliente /família, a adesão ao regime terapêutico, a diminuição do stress, a compreensão da informação e por conseguinte o empowerment da c/j/f.



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

**A comunicação “é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas”**

Phaneuf (2005,p.23)

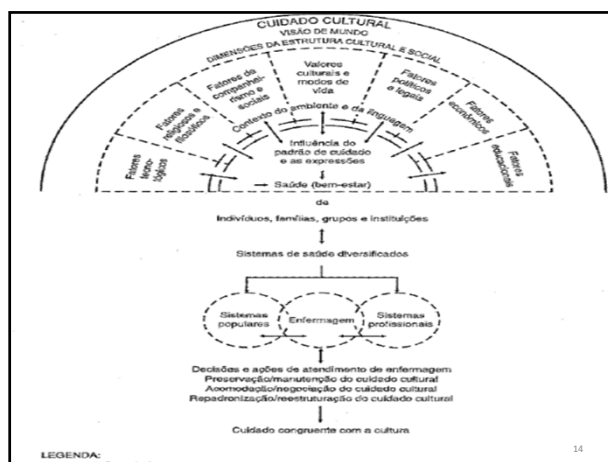


COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## OBSTÁCULOS À COMUNICAÇÃO

- Limites dos sentidos na pessoa cuidada;
- Nível de educação dos interlocutores;
- Valores, a religião, e a espiritualidade ;
  - A diferença de idade , o desenvolvimento intelectual e o estatuto social;
- Os preconceitos e os estereótipos;
  - Diferenças Culturais;
  - Língua Falada

13



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

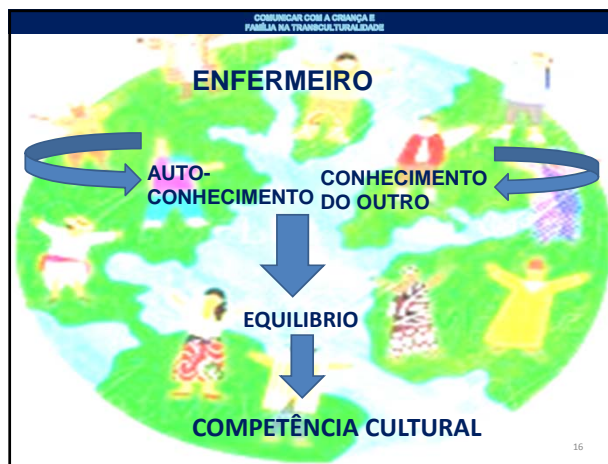
## PARALÉM DA PALAVRA

- ✓ SILÊNCIO
- ✓ ESCUTA
- ✓ EXPRESSÃO FACIAL
- ✓ POSIÇÃO
- ✓ DISTÂNCIA
- ✓ OLHAR
- ✓ APARÊNCIA FÍSICA
- ✓ TOQUE

A COMUNICAÇÃO É ENQUADRADA SEGUNDO A CULTURA DO CLIENTE E FAMÍLIA. A HABILIDADE DE COMUNICAR EM ENFERMAGEM NÃO PASSA SOMENTE PELA PALAVRA

A COMPONENTE NÃO VERBAL É RESPONSÁVEL POR CERCA DE 80% DA COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (KORNER, 2002:24)

15



COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## APRENDIZAGENS

☐ E1.1.2. – Comunica com a criança / jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estado de desenvolvimento e culturalmente sensíveis;

OE(2010)

☐ **Competência Cultural**

*“a competência cultural é um percurso que engloba a vontade e a capacidade de um indivíduo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável.”*

Purnell e Paulanka (2010,p11)

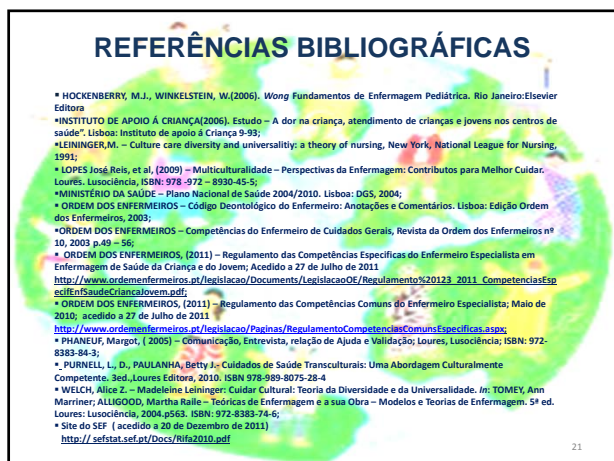
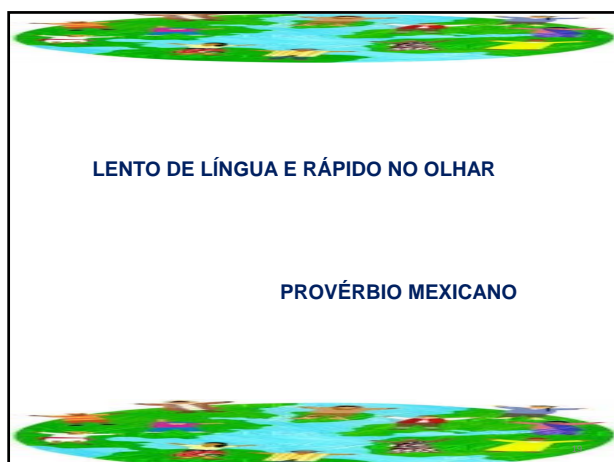
17

COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE

## SIMPLES ESTRATÉGIAS

- PERGUNTAS DIRECTAS
- PESSOA A FALAR EM QUE LÍNGUA ?
- INTERPRETE / LINHA TELEFONICA
- INFORMAÇÃO ( CULTURAS)
- LEGISLAÇÃO

18



## **ANEXO XIII**

### **RESULTADOS DA AVALIAÇÃO FORMATIVA REALIZADA NO CENTRO DE SAÚDE**



## Divulgação da Sessão de Formação



# FORMAÇÃO:

**DESTINATARIOS:** EQUIPA DE ENFERMAGEM

**FORMADORA:** Aluna do 2CMEESIP

**DATA:** - 22 Fevereiro de 2012

**HORA:** 14 horas

**LOCAL:** - UCSP do Lumiar - consulta de saúde infantil e pediátrica

## **Tema: - COMUNICAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA NA TRANSCULTURALIDADE**

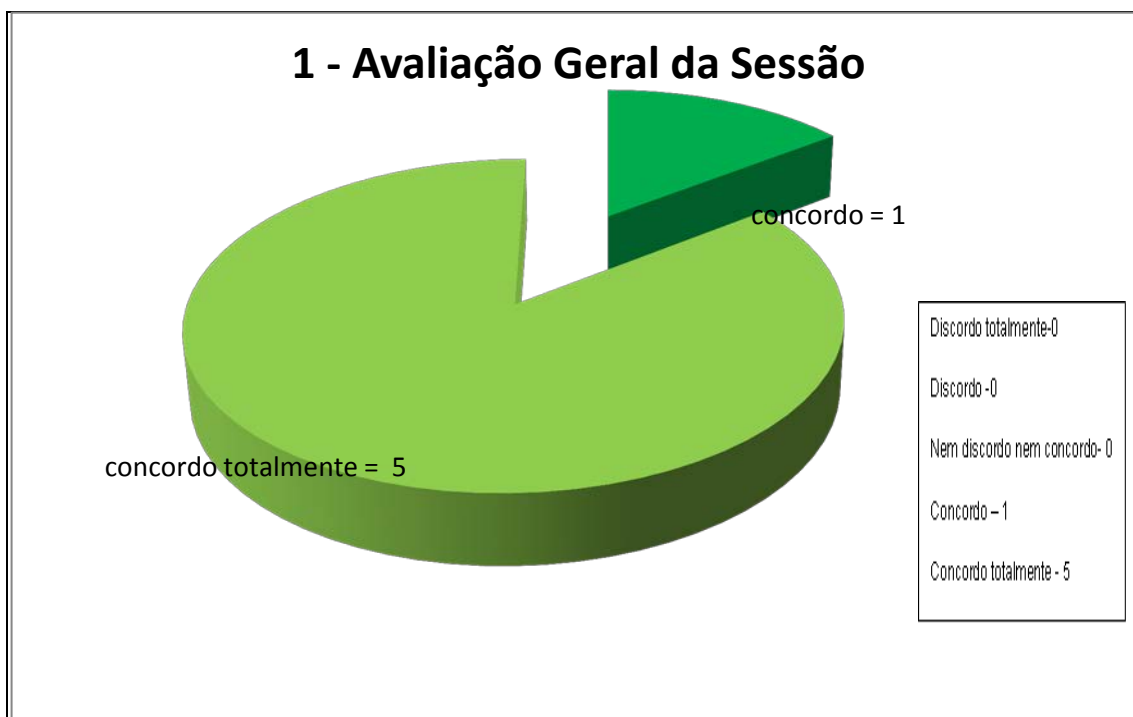
Formação realizada no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Orientadora: Profª M. Soveral; Orientadora do estágio: Enf.ª Lurdes Florindo

Para avaliação da sessão de formação foi aplicado um questionário aos formandos, em seguida apresento os resultados.

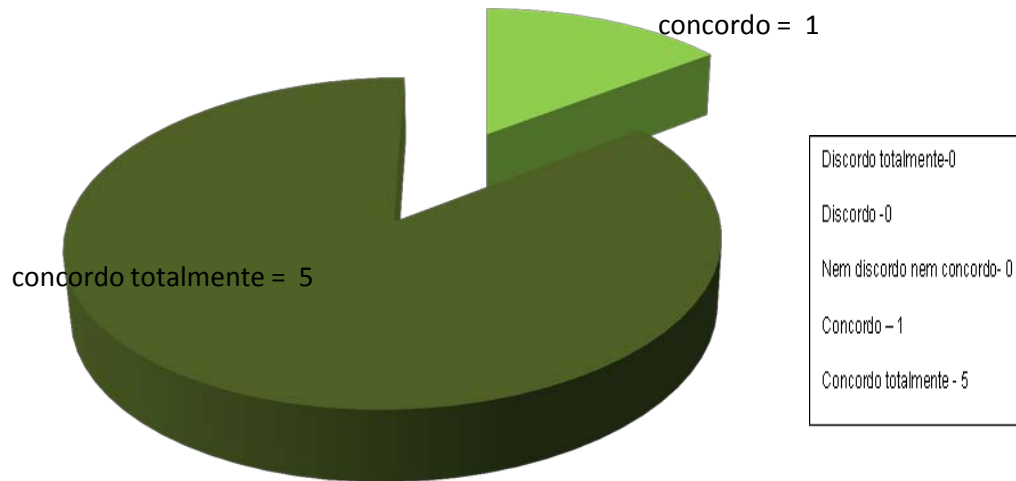
## AVALIAÇÃO DA SESSÃO NO CENTRO DE SAÚDE

Estiveram presentes 6 enfermeiros



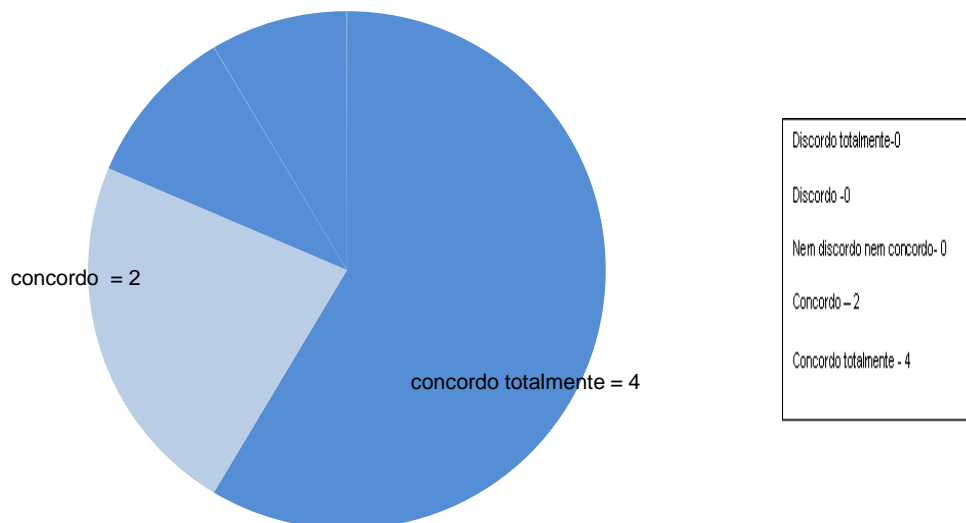
**Figura 1** – Resultado da questão: - A apresentação correspondeu as suas expectativas

## 1 - Avaliação Geral da Sessão

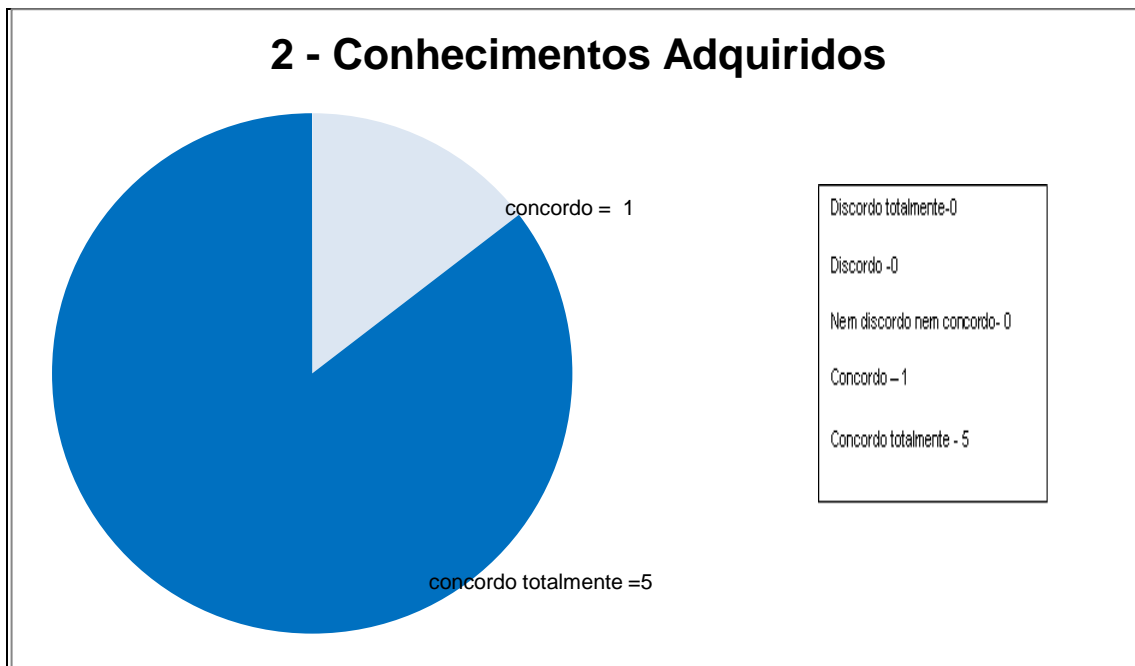


**Figura 2- Resultado da questão: - Os temas abordados foram interessantes**

## 2 - Conhecimentos Adquiridos



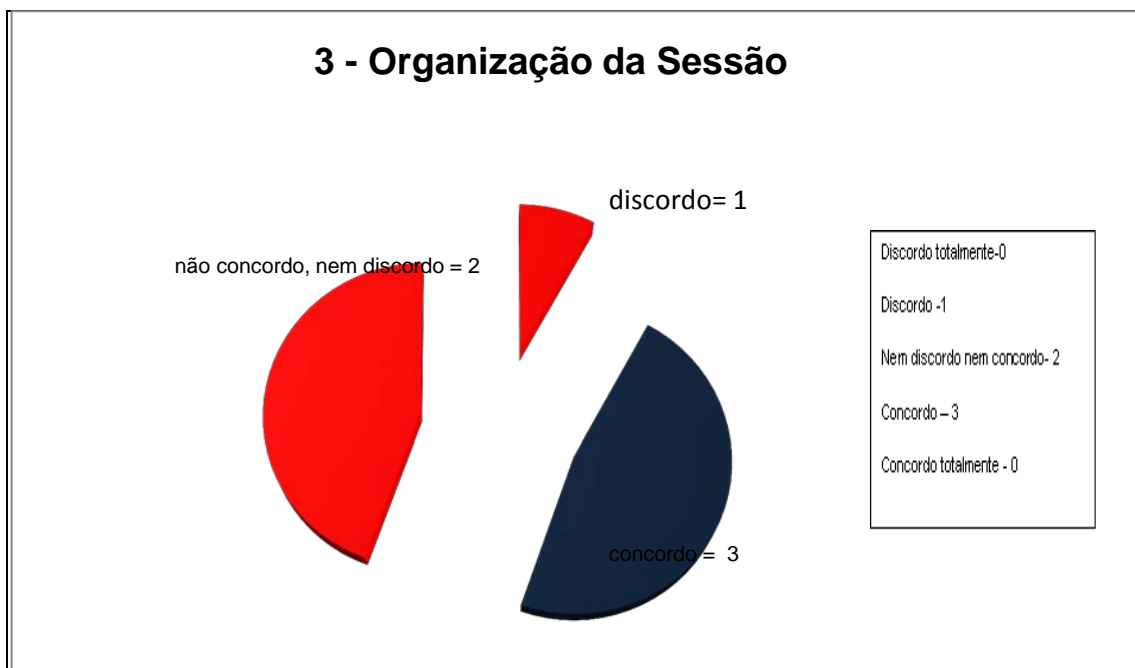
**Figura 3 – Resultado da questão: Aprendeu algo que seja útil**



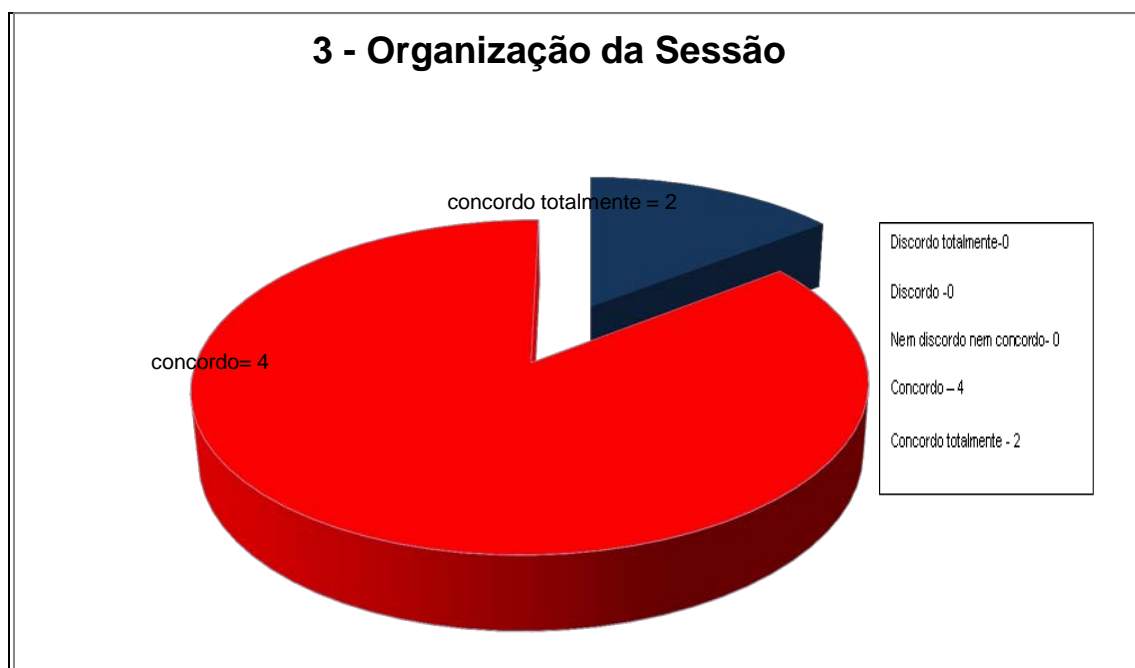
**Figura 4** – Resultado da questão: - Após a sessão sinto-me mais desperta/o para a utilização de estratégias adequadas, no comunicar com a criança e família na transculturalidade



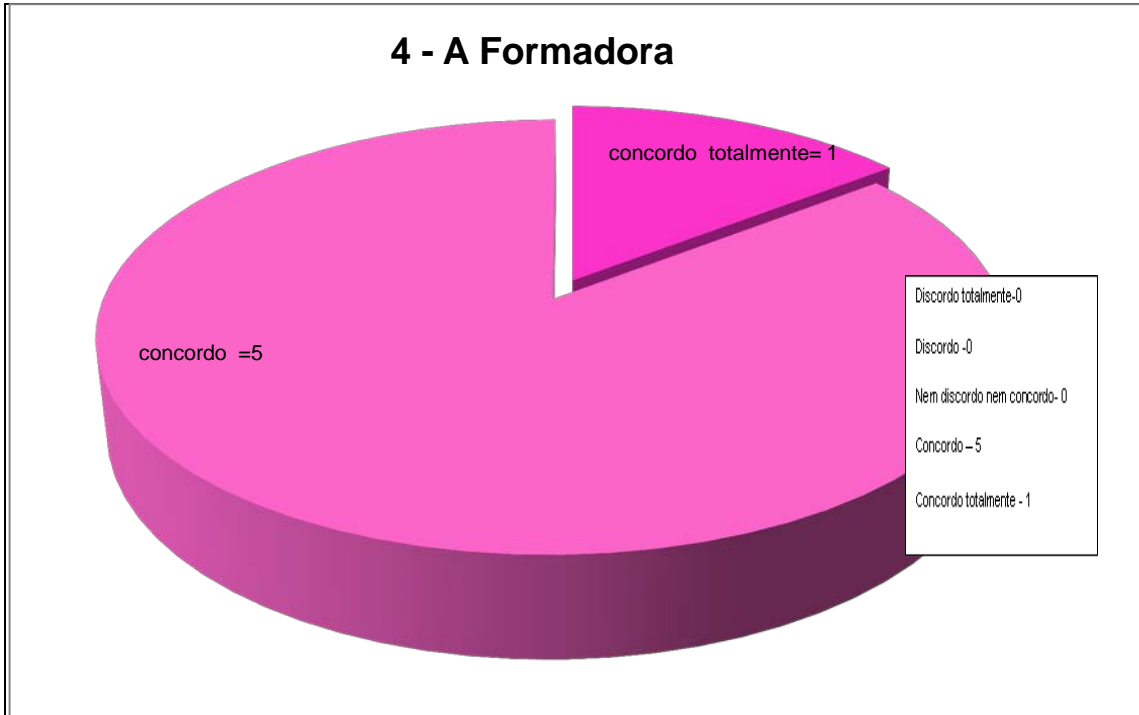
**Figura 5** – Resultado da questão: - A qualidade dos recursos pedagógicos utilizados foi adequada



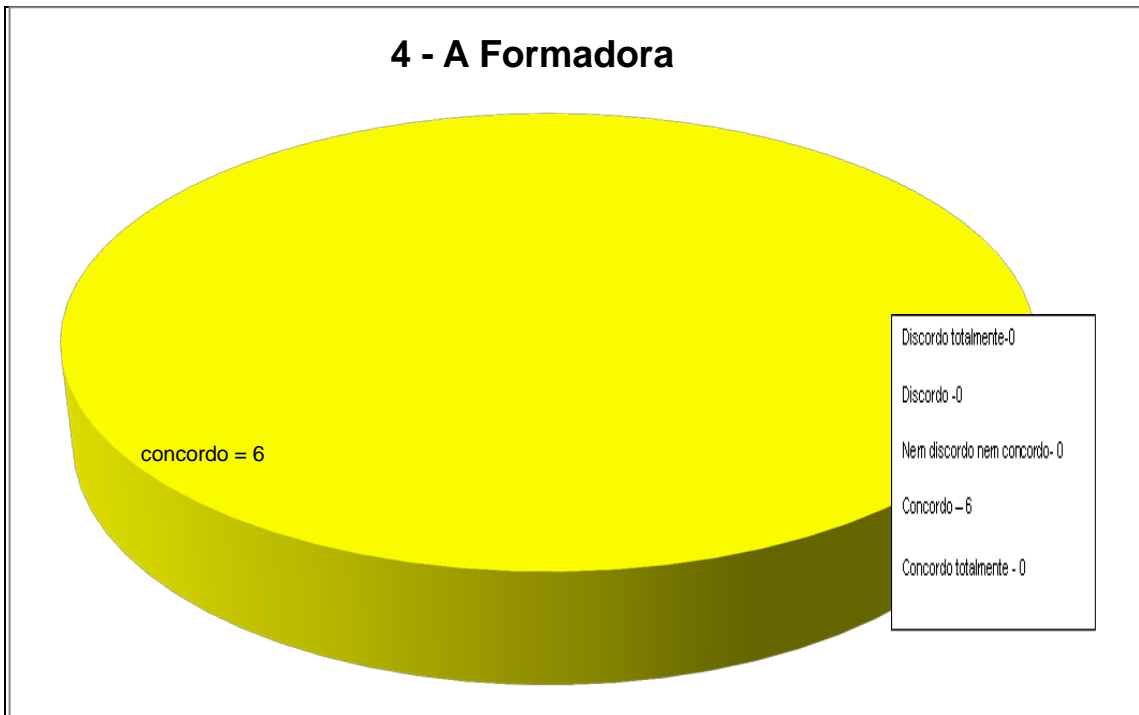
**Figura 6** – Resultado da questão: - As instalações e o espaço formativo foram satisfatórios



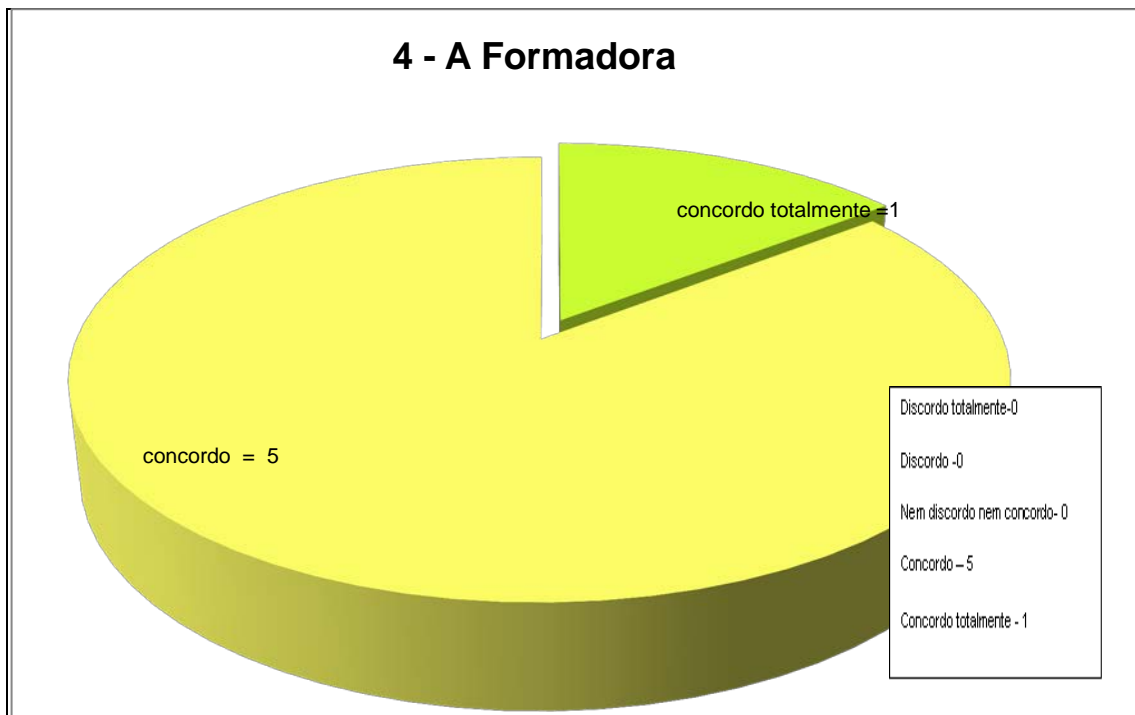
**Figura 7** – Resultado da questão: - A duração da sessão foi adequada aos temas abordados



**Figura 8** – Resultado da questão: - Foi clara na apresentação no tema



**Figura 9** – Resultado da questão: - Demonstrou domínio dos conteúdos apresentados



**Figura 10** – Resultado da questão: - Interagiu com os formandos e incentivou a sua participação

## **AVALIAÇÃO DA SESSÃO PELA FORMADORA**

A sessão foi divulgada atempadamente e segundo as orientações fornecidas pela Enf.<sup>a</sup> orientadora do estágio e da Directora de Enfermagem do Centro de Saúde. A mesma foi realizada com a presença de seis enfermeiros. Apesar da informação sobre a sessão de formação ter sido divulgada com uma semana de antecedência, a adesão foi baixa segundo à minha perspectiva. Aquém das minhas expectativas, no sentido de que esperava uma maior participação por parte dos enfermeiros, quer pela divulgação formal da sessão, quer pelas conversas informais, que tive oportunidade de estabelecer sobre o tema da formação com vários enfermeiros do Centro de Saúde.

As instalações e o espaço formativo foram os possíveis, dado o número de participantes. A duração da sessão e os recursos pedagógicos utilizados foram considerados adequados pelos presentes. A formação decorreu num ambiente descontraído, havendo participação dos formandos, nomeadamente após a exposição dos temas.

Os formandos reconheceram no formador domínio na apresentação das temáticas e correspondeu as suas expectativas.

Consideraram a temática útil, tendo em conta a população abrangida pelo Centro de Saúde e, ainda a perspectiva de uma melhoria na qualidade dos cuidados a prestar.

Apesar do número de participantes, os resultados sobre a avaliação da formação é positiva. Considero que a sessão teve um resultado final satisfatório, sobretudo na partilha de experiências com os pares, revelando interesse e empenho, por parte dos mesmos.

## **ANEXO XIV**

**POSTER INTEGRANDO A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE  
DO CUIDAR CULTURAL DESENVOLVIDA POR LEININGER NA MISSÃO  
DO ACIDI E NOS OBJECTIVOS DO GABINETE DE SAÚDE DO CNAI**



# GABINETE DE SAÚDE DO CNAI

↓

## CUIDAR NA MULTICULTURALIDADE



### PRINCIPIOS CHAVE DO ACIDI

- IGUALDADE – reconhecer e garantir os mesmos direitos e oportunidades
- DIÁLOGO – promover uma comunicação efectiva
- CIDADANIA – promover a participação no exercício dos direitos e dos deveres
- HOSPITALIDADE – saber acolher a diversidade
- INTERCULTURALIDADE – enriquecer no encontro das diferenças
- PROXIMIDADE – encurtar as distâncias para conhecer e responder melhor
- INICIATIVA – atenção e capacidade de antecipação

ACIDI (P. 2011)

### OBJECTIVOS DO GABINETE DE SAÚDE DO CNAI

- INFORMAR OS IMIGRANTES DOS DIREITOS E DEVERES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE, ASSIM COMO A ADEQUADA UTILIZAÇÃO DO SNS
- IDENTIFICAR OS PROBLEMAS DE ACESSO DOS CIDADÃOS ESTRANGEIRO AO SNS.
- SENSIBILIZAR A COMUNIDADE IMIGRANTE PARA HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS.
- PARTICIPAR EM ESTUDOS CIENTÍFICOS E OUTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR INSTITUIÇÕES ACADEMICAS.
- DENUNCIAR EVENTUAIS SITUAÇÕES DE RECUSA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.
- DESENVOLVER ACCÕES DE FORMAÇÃO DIRIGIDAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SNS SOBRE O ENQUADRAMENTO LEGAL DO ACESSO POR PARTE DO CIDADÃO ESTRANGEIRO.



TEORIA – GRUPO DE CONCEITOS RELACIONADOS QUE SUGEREM ACCÕES PARA CONDUZIR A PRÁTICA, CONDUZ À AUTONOMIA PROFISSIONAL E ORIENTA O ENSINO E A INVESTIGAÇÃO DENTRO DA PROFISSÃO

A TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDAR CULTURAL DESENVOLVIDA POR MADELEINE LEININGER É O EXEMPLO DE UMA TEORIA DE ENFERMAGEM QUE RESULTOU DE OUTRAS DISCIPLINAS. Alligood (2002, p.7)

MADELEINE LEININGER FOI A FUNDADORA DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL E A LÍDER DE UM MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL INSCRITO NO CUIDAR HUMANO. APÓS A SUA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, FEZ DOUTORAMENTO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL E CULTURAL, DESCOBRINDO A NECESSIDADE DE COMPREENDER OS FACTORES CULTURAIS QUE INFLUENCIAM OS COMPORTAMENTOS DOS UTENTES

#### CONCEITOS

**CULTURA** – REFERE-SE AOS VALORES APRENDIDOS, PARTILHADOS E TRANSMITIDOS, AS CRENÇAS, NORMAS E PRÁTICAS DE VIDA DE UM GRUPO PARTICULAR E QUE GUIAM OS PENSAMENTOS, AS DECISÕES E AS ACCÕES DE MANEIRA PADRIONIZADA

**PESSOA** – SER CULTURAL QUE TEM SOBREVIVIDO AO TEMPO E AO ESPAÇO

**SAÚDE** – CRENÇAS, VALORES E FORMAS DE ACTUAR RECONHECIDAS CULTURALMENTE E UTILIZADAS DE FORMA A PRESERVAR O BEM ESTAR DA PESSOA OU GRUPO

**AMBIENTE** – MEIO QUE ENVOLVE A PESSOA E O GRUPO CULTURAL (inclui as características físicas, ecológicas, sociais e as visões do mundo)

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM** – BASEADOS EM CONHECIMENTOS TRANSCULTURAIS, ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO DOS VALORES, DO IDIOMA, E DOS CONTEXTOS ENVOLVENTES

#### PRINCIPIOS

- Conservação ou manutenção dos cuidados
- Acomodação ou negociação dos cuidados
- Remodelação ou reestruturação dos cuidados culturais

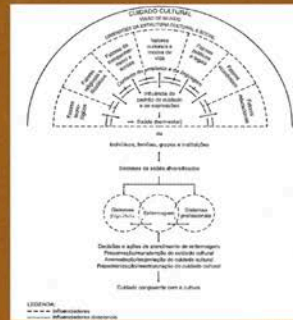


Ajuda a pessoa a mudar os hábitos de vida tornando-os mais saudáveis

**DIVERSIDADE CULTURAL DO CUIDADO** – DIFERENÇAS NOS SIGNIFICADOS, PADRÕES, VALORES, MODOS DE VIDA OU SIMBOLOS DO CUIDADO DENTRO DE UMA CULTURA

**UNIVERSALIDADE DO CUIDADO** – SIGNIFICADOS, PADRÕES, VALORES, MODOS DE VIDA OU SIMBOLOS DO CUIDAR UNIFORMES E COMUNS, SEMELHANTES ENTRE CULTURAS

Para Leininger "existem diferentes formas, expressões e padrões do cuidar que são variados e alguns universais" Welch (2004), p.569 citando Leininger (1991)



Autóres: Ribeiro, Ana Antunes Maria – Alunas do 2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRIA e Silva, Fátima, Inglês, Uliana – Orientadoras do Local do Estágio

Bibliografia: George, J. (2000) – Teorias de Enfermagem: os Fundamentos à Prática de Enfermagem, 4ª ed., Artnel Editora, Porto Alegre. Leininger, Madeleine (1995) – Transcultural Nursing - Concepts, Theories, Research and Practices, 2ª ed. London: McGraw-Hill, College custom serie, 1995. ISBN 0-07-037950-3. Welch, Anne Z. (2004) – Cuidar Cultural: teoria da Diversidade e da Universalidade, in Alligood, Morris Raki; Timney, Ann Murrino – Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem), Cap 28, 2ª ed. Livros Terceira, 2004, p.563-591. ISBN 972-688374-6. ACIDI (P. 2011) – Mais diversidade melhor humanidade – CNAI, Lisboa in [www.acidi.gov.pt](http://www.acidi.gov.pt) acessado a 20/11/2011



## **ANEXO XV**

**POSTER SOBRE A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL INTEGRANDO  
A DIMENSÃO CULTURAL**



# PARA ALÉM DA PALAVRA

- ✓ SILÊNCIO
- ✓ ESCUTA
- ✓ EXPRESSÃO FACIAL
- ✓ POSIÇÃO
- ✓ DISTÂNCIA
- ✓ OLHAR
- ✓ APARÊNCIA FÍSICA
- ✓ TOQUE

A COMUNICAÇÃO DEVER SER ENQUADRADA  
SEGUNDO A CULTURA DO CLIENTE E FAMILIA-  
A HABILIDADE DE COMUNICAR EM ENFERMAGEM  
NÃO PASSA SOMENTE PELA PALAVRA  
" A COMPONENTE NÃO VERBAL É RESPONSÁVEL  
POR CERCA DE 80% DA COMUNICAÇÃO  
(Garcia, 2002:24)





## **ANEXO XVI**

**FOLHETO INFORMATIVO COMO FERRAMENTA DE APOIO AO ENFERMEIRO  
PARA ULTRAPASSAR A BARREIRA LINGUÍSTICA**



**CONTACTOS ÚTEIS:**

**SERVIÇO DE TRADUÇÃO TELEFÓNICA (STT) –**

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª Feira das 8.30 às 20h 30

**808 257 257** \* (custo de chamada local) / **21 810 61 91**

**CENTRO DE APOIO AO IMIGRANTE – CNAI**

Rua Álvaro Coutinho, 14 – 1150-125 Lisboa

Tel.: 218 106 100 – Fax 218 106 117

**ASSOCIAÇÃO GUINEENSE DE SOLIDARIEDADE SOCIAL - AGUINENSO**

AV. João Paulo II, Lote 528- 2 Chelas

1950-430 Lisboa

Tel. 21 837 04 36/05 97 – Fax: 21 837 02 87

E-mail: [aguinenso@clix.pt](mailto:aguinenso@clix.pt)

**MORABEZA- ASSOCIAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**

Rua Freitas Gazul, Lote 34-Loja 3

1350-147 Lisboa

Tel: 213955294- Fax: 213955043

E-mail: [morabeza@mail.telepac.pt](mailto:morabeza@mail.telepac.pt) ou [apimentel@fun.fl.ul.pt](mailto:apimentel@fun.fl.ul.pt)

**ASSOCIAÇÃO DOS UCRANIANOS EM PORTUGAL**

Av. 25 de Abril, n.º 27, 2 frente

1675-185 Lisboa

Tel. 21 887 11 29 - Fax. 21 887 11 29

E-mail: [ucranianosempportugal@gmail.com](mailto:ucranianosempportugal@gmail.com)

**CENTRO CULTURAL MOLDAVO**

Rua Mataraque, 280, Vivenda Irmãos Peixoto - Zambujal, r/c dto.

2785-696 S. Domingos de Rana

Tel. 21 444 45 48 - Fax. 21 444 45 84

E-mail: [raisa5691@yahoo.com](mailto:raisa5691@yahoo.com)

**COMUNIDADE ROMENA**

Rua de S.Mamede, 18-B

1100-534 Lisboa

Tel. 21 248 02 74 - Fax. 21 394 77 20

E-mail: [comunidaderomena@yahoo.com](mailto:comunidaderomena@yahoo.com)

**LIGA DOS CHINESES EM PORTUGAL**

Av. da Boavista, 1588 - 3.º, sala 314

4100 Porto

Tel. 22 606 32 89 - Fax. 22 606 32 89

E-mail: [ypingchow@iol.pt](mailto:ypingchow@iol.pt) ou [ypingchow@yahoo.com.cn](mailto:ypingchow@yahoo.com.cn)

**SOLIDARIEDADE IMIGRANTE- ASSOCIAÇÃO PARA DEFESA DOS DIREITOS DOS IMIGRANTES**

Rua da Madalena, nº8 – 2ºandar

1100 – 321 Lisboa

Tel: 218870713

E.mail: [solidariedadeimigrante@hotmail.com](mailto:solidariedadeimigrante@hotmail.com)

**ASSOCIAÇÃO DOS CIDADÃOS DA GUINE CONAKRY RESIDENTES EM PORTUGAL**

Rua Florbela Espanca, nº 30,2ªCasa A, Tapada das Mercês

2725-542 Mem –Martins

Tel: 219172644

**MEDIAÇÃO**

Lei n.º 105/2001, de 31 de Agosto: estabelece o estatuto legal do mediador sócio-cultural.

**Mediação**

Tem como objectivo a resolução de conflitos, o estabelecimento de consensos e a procura de soluções participadas.

São proporcionados atendimentos em 12 línguas e dialectos diferentes, como o russo, romeno, ucraniano, crioulo de Cabo Verde, chinês, entre outras. Se o cliente só falar um idioma, que não é dominado pelos mediadores do GAT (gabinete de acolhimento e triagem do imigrante) existe a possibilidade em recorrer ao Serviço de Tradução Telefónica que abrange 60 idiomas.

## **ANEXO XVII**

**GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO ADAPTADO AOS  
DIFERENTES CONTEXTOS CLÍNICOS**



**2º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil Pediatria**

**Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem**

**GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO**

**URGÊNCIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DO BARREIRO**



Aluna: 3559  
Joaquina Antunes

Lisboa  
Outubro de 2011

## ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	4
1- OBJECTIVOS E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	5
2 – ACTIVIDADES A DESENVOLVER	6
3 – RECURSOS	6
4 – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	7
5 – COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	7
6 – PERÍODO DE ESTÁGIO	8
7 – AVALIAÇÃO	8

## **SIGLAS**

**CHBM** - Centro Hospitalar Barreiro - Montijo

## **0 – INTRODUÇÃO**

O presente estágio encontra-se inserido no 2º curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e nesse âmbito que surge o meu projecto pessoal a desenvolver-se no terceiro semestre sobre a seguinte temática: *“Comunicar com a Criança e Família na Transculturalidade “*

Neste contexto surge este documento, em que apresento os objectivos, como pretendo dar resposta a esses objectivos, quais os recursos a utilizar e como avaliar os resultados aferidos.

O tema do meu projecto de intervenção emergiu de uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem (Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Santa Maria), que verbalizou dificuldade em comunicar com a criança e família de diferente cultura. Dentro deste contexto decidi aprofundar esta temática, no sentido de melhorar a comunicação e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, ao delinear o meu projecto de estágio, optei pelo Serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Barreiro. Montijo - Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, onde pretendo observar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para ultrapassar a barreira linguística, na comunicação com a criança e família na transculturalidade. A opção por este Centro Hospitalar, concretamente o Hospital do Barreiro, vai ao encontro ao “padrão “ do população que recorre a esta instituição.

Este documento inicia-se pela introdução, a seguir os objectivos, recursos, actividades e competências a desenvolver e, por último, as considerações finais.

## **1 – OBJECTIVOS E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER**

Os objectivos gerais e específicos a desenvolver neste campo de estágio tem como finalidade adquirir contributos para implementação do projecto no meu local de trabalho e, ainda observar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros ao comunicar com a criança e família na transculturalidade.

### **1.1 - OBJECTIVOS GERAIS**

- ❖ Observar o papel do enfermeiro especialista em relação à comunicação com a criança e família nas diferentes culturas;
- ❖ Desenvolver a actividade reflexiva acerca das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem no âmbito da Urgência Pediátrica de um Hospital Distrital.
- ❖ Adquirir contributos para a elaboração de relatório de estágio final;

### **1.2 - OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Observar a abordagem realizada pela equipa de enfermagem à criança e família de diferentes culturas na Urgência Pediátrica de um Hospital Distrital;
- Conhecer as principais dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na prestação dos cuidados ao cliente e família de diferentes culturas;
- Identificar as necessidades os problemas sentidos pela criança e família de outra cultura;
- Conhecer os recursos existentes para ultrapassar a barreira linguística e cultural entre a equipa de enfermagem a criança e família de diferentes culturas;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências sobre a prestação de cuidados à criança e família;
- Colaborar nos cuidados globais e especializados a prestar à criança e família;

- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação com o cliente e família de diferentes culturas;

## **2 – ACTIVIDADES A DESENVOLVER**

- ❖ Proceder ao levantamento das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança e família de diferentes culturas;
- ❖ Entrevistas à equipa de enfermagem e à criança e família de outra cultura;
- ❖ Observação do papel e intervenção do enfermeiro especialista;
- ❖ Pesquisa bibliográfica sobre competência cultural, comunicação, saúde, doença e cuidados de enfermagem transculturais;
- ❖ Colaboração nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família de diferentes culturas:
- ❖ Acompanhamento da tríade mãe, pai, criança, nomeadamente no que concerne ao esclarecimento de dúvidas e orientações inseridas dentro do seu contexto cultural;

## **3 – RECURSOS**

Recursos Humanos: Enfermeira orientadora e co-orientadora; enfermeira especialista, enfermeira chefe; equipa de multidisciplinar; criança e família de diferentes culturas;

Recursos Físicos: - Serviço de Urgência do Hospital do Barreiro inserido no CHBM, local onde irá decorrer o estágio; biblioteca para pesquisa de informação sobre a temática;

Recursos Materiais: - Equipamento e material necessário para prestação de cuidados a ser fornecido pelo serviço; computador, apontamentos das aulas;

## 4 – CRITÉRIOS AVALIAÇÃO

- Elaboração de reflexão sobre às actividades, onde sistematiza a forma como as actividades foram implementadas e a que resultados conduziram.

## 5 – COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

As competências a desenvolver estão inseridas no quadro definido pela Ordem do Enfermeiros para os enfermeiros especialistas e orientadores para a minha reflexão e tomada de decisão.

- A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A2 - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- A2.1.1. – Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade;
- A2.1.6. – Promove o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido;
- B – Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- B2.2.3. – Selecciona estratégias de melhoria;
- B3.1. – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador dos indivíduos /grupo;
- D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;
- D1.1.3. – Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais;
- D2 – Baseia a sua praxis clínica e especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

- E1. – Assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- E3.3. – Comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
- E3.3.2. – Relaciona-se com a criança / jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

## **6 – PERÍODO DE ESTÁGIO**

O estágio decorrerá entre o seguinte período: entre 14 de Novembro a 26 de Novembro de 2011.

A presença em estágio corresponde a cinco horas, o que equivale a vinte e cinco horas semanais. Se for oportuno para o estudante, na sua aprendizagem e desenvolvimento do projecto, estas horas podem ser superiores.

O presente estágio está inserido na Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, que decorrerá ao longo do semestre de acordo com o cronograma (anexo)

A Unidade Curricular tem 30 ECTS horas com seguinte distribuição

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>NÚMERO DE HORAS</b>
TOTAL DE HORAS	750
HORAS DE CONTACTO	450 (420 HORAS DE ESTÁGIO)
HORAS DE TRABALHO AUTÓNOMO	150
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO	150
SEMINÁRIO	20
ORIENTAÇÃO TUTORIAL	10

## **7 – AVALIAÇÃO**

A avaliação será realizada através da entrega do relatório de estágio a 9 de Março.

## **ANEXO XVIII**

### **CRONOGRAMA**



## Cronograma dos Estágios do 3º Semestre

ANO	2011													2012										
MÊS	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro				Março		
Dias	3	10	17	24	1	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	31	6	13	20	27	5	
	9	16	23	31	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	30	5	12	19	26	4	9	
Serviço de Cardiologia Pediátrica do H.S.Marta														Férias  de  Natal									Realização do Relatório de Estágio	
Unidade de Neonatologia do H.Barreiro																								
Serviço de Urgência do H. Barreiro																								
Centro de Saúde do Lumiar																								
Serviço de Urgência Pediátrica do H.S.Maria																								
GABINETE DE Saúde do CNAI - ACIDI																								